Un système de compensation plus équitable pour les personnes handicapées

Rapport final du groupe d'experts mandaté par l'Office des personnes handicapées du Québec

Janvier 2004

Québec

Rédaction

François Blais
Daniel Gardner
André Lareau
Université Laval

Le

20 janvier 2004

Mise en page

Jocelyne Bisson

Édition

Direction des communications

Avertissement

Les données contenues dans ce rapport sont à jour au 30 septembre 2003. Toutefois, certaines données publiées jusqu'en décembre 2003 ont pu être intégrées au rapport sans analyse approfondie.

Dépôt légal 2004
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-550-42587-X

Office des personnes handicapées du Québec
309, rue Brock, Drummondville (Québec) J2B 1C5
Téléphone : 1 800 567-1465
Téléscripteur : 1 800 567-1477
www.ophq.gouv.qc.ca

Table des matières

Liste des abréviations XI

Introduction 1

1. Mise en contexte 3

2. Structure et contenu du rapport 5

3. Cadre et limites de ce travail 7

PREMIÈRE PARTIE – ÉTAT COMMENTÉ DE LA SITUATION 9

CHAPITRE 1 – Les régimes d'indemnisation liés au statut de victime 11

1. Le régime traditionnel d'indemnisation basé sur la faute 13

1.1 Historique 13
1.2 Champ d'application 13
1.3 Caractéristiques du régime 16
1.4 Conclusion sur le régime de responsabilité basé sur la faute 20

2. Les régimes d'indemnisation sans égard à la responsabilité de quiconque 23

2.1 Les victimes d'accidents d'automobile 25
2.1.1 Historique 25
2.1.2 Champ d'application 25
2.1.3 Caractéristiques du régime 27
2.2 Les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles 32
2.2.1 Historique 32
2.2.2 Champ d'application 32
2.2.3 Caractéristiques du régime 33

2.3 Les membres des Forces armées canadiennes 38
2.3.1 Historique 38
2.3.2 Champ d'application 39
2.3.3 Caractéristiques du régime 40
2.4 Conclusion sur les régimes d'indemnisation sans égard à la responsabilité . 42

3. Les régimes d'indemnisation basés sur la solidarité sociale 45

3.1 Les victimes d'actes criminels 45
3.1.1 Historique 45
3.1.2 Champ d'application 46
3.1.3 Caractéristiques du régime 46
3.2 Les personnes blessées en accomplissant un acte de civisme 50
3.2.1 Historique 50
3.2.2 Champ d'application 50
3.2.3 Caractéristiques du régime 50
3.3 Les victimes de l'application d'un programme d'immunisation 52
3.3.1 Historique 52
3.3.2 Champ d'application 52
3.3.3 Caractéristiques du régime 53
3.4 Les victimes de l'hépatite C 55
3.4.1 Historique 55
3.4.2 Champ d'application 56
3.4.3 Caractéristiques des deux régimes 57
3.5 Conclusion sur les régimes d'indemnisation fondés sur la solidarité sociale. 59

CHAPITRE 2 – Les mesures attachées au statut de personne handicapée ou invalide 61

1. Les prestations en espèces 63

1.1 Les rentes d'invalidité offertes aux travailleurs 63
1.1.1 La Régie des rentes du Québec 63
1.1.2 Les régimes privés d'assurance 67
1.2 L'allocation pour les bénéficiaires de l'aide sociale (assistance-emploi) 70

1.2.1 Historique ... 70
1.2.2 Champ d'application et caractéristiques du programme ... 72
1.3 L'allocation pour enfants handicapés ... 75

2. Les prestations sous forme de services et d'équipements ... 79

2.1 Ampleur des programmes existants ... 79
2.2 Mise en contexte du programme d'adaptation de véhicule automobile ... 81
2.2.1 Les principes qui sous-tendent la mise en place du programme ... 81
2.2.2 L'application du programme ... 82
2.3 Problèmes posés par le programme en vigueur ... 85
2.3.1 Le problème du financement du régime ... 85
2.3.2 Le problème du fonctionnement du régime ... 87

3. Conclusion sur les mesures d'indemnisation attachées au statut de personne handicapée ou invalide ... 91

CHAPITRE 3 – Les mesures fiscales ... 93

1. Remarques préliminaires ... 95

1.1 Introduction à l'étude de la fiscalité applicable aux personnes handicapées 95
1.2 Les concepts fiscaux applicables ... 98

2. Les mécanismes fiscaux applicables sans égard à une dépense engagée pour le bénéfice de la personne handicapée ... 103

2.1 Le crédit d'impôt pour déficience mentale ou physique ... 103
2.1.1 Historique ... 103
2.1.2 Champ d'application ... 106
2.1.3 Calcul du crédit ... 118
2.1.4 Caractéristiques ... 120
2.1.5 Coûts et statistiques ... 122
2.2 Le crédit pour personne à charge ... 123
2.2.1 Historique ... 123
2.2.2 Champ d'application ... 124

2.2.3 Calcul du crédit 125
2.2.4 Caractéristiques 126
2.2.5 Coûts et statistiques 126
2.3 Le crédit pour aidant naturel 127
2.3.1 Historique 127
2.3.2 Champ d'application 128
2.3.3 Calcul du crédit 129
2.3.4 Caractéristiques 130
2.3.5 Coûts et statistiques 130

3. Les mécanismes fiscaux applicables à la suite d'une dépense engagée pour le bénéfice de la personne handicapée 133

3.1 Le crédit pour frais médicaux 133
3.1.1 Historique 133
3.1.2 Champ d'application et commentaires 146
3.1.3 Calcul du crédit 165
3.1.4 Caractéristiques 167
3.1.5 Coûts et statistiques 171
3.2 Le supplément remboursable pour frais médicaux 174
3.2.1 Historique 174
3.2.2 Champ d'application 174
3.2.3 Calcul du supplément 175
3.2.4 Caractéristiques 177
3.2.5 Coûts et statistiques 178
3.3 Les frais de préposé aux soins 179
3.3.1 Historique 179
3.3.2 Champ d'application 180
3.3.3 Calcul de la déduction 183
3.3.4 Caractéristiques 184
3.3.5 Coûts et statistiques 185
3.4 Le crédit d'impôt pour le maintien à domicile 185
3.4.1 Historique 185
3.4.2 Champ d'application 186

3.4.3 Calcul du crédit 187
3.4.4 Coûts et statistiques 188

CHAPITRE 4 – L'interaction entre les divers régimes d'indemnisation 189

1. Les situations de cumul entre les régimes d'indemnisation 191

1.1 L'interaction entre deux régimes fondés sur les principes de la responsabilité civile (reliés à la cause) 191
1.2 L'interaction entre le régime de droit commun de la responsabilité civile et les régimes de compensation sans égard à la cause 193
1.3 L'interaction entre les régimes étatiques d'indemnisation reliés à la cause et les régimes de compensation sans égard à la cause 196
1.4 L'interaction entre les régimes privés d'assurance portant sur l'invalidité et les régimes publics d'indemnisation 199

2. Les situations de cumul avec le régime fiscal 201

2.1 L'interaction entre le régime de droit commun de la responsabilité civile et le régime fiscal 201
2.2 L'interaction entre les régimes étatiques d'indemnisation et le régime fiscal 203
2.2.1 Le traitement fiscal des indemnités 203
2.2.2 Le déséquilibre quant à l'accès à d'autres mesures fiscales 204
2.3 L'interaction entre les diverses mesures fiscales offertes aux personnes handicapées 206

3. Conclusion sur les interactions entre les différents régimes applicables aux personnes handicapées 211

DEUXIÈME PARTIE – ANALYSE ET RECOMMANDATIONS 215

CHAPITRE 1 – Les principes de la compensation équitable 217

1. Remarques préliminaires sur la compensation 217

1.1 Compensation des coûts supplémentaires et compensation du revenu 217
1.2 Compenser sans responsabilité individuelle ? 218

2. Remarques préliminaires sur l'équité 221

2.1 Équité verticale et équité horizontale 221
2.2 Équité horizontale intragroupe et intergroupes..... 223

3. L'enjeu de l'équité sociale..... 227

3.1 Compenser ou non ?..... 227
3.2 Le partage des coûts liés aux désavantages issus des « mauvais coups du sort » 229
3.3 Une question de justice sociale..... 231
3.4 La relation entre l'équité et l'efficacité 234
3.5 La relation entre l'équité et la politique..... 236

4. Les principes de la compensation équitable retenus dans ce rapport 239

4.1 Principe I : Réduire les conséquences physiques, financières et sociales liées aux déficiences et aux incapacités 239
4.2 Principe II : Rechercher un équilibre entre l'équité horizontale et l'équité verticale..... 240
4.3 Principe III : Distinguer la logique de la compensation équitable de celle des assurances..... 241
4.4 Principe IV : Reconnaître un droit à la compensation, sans égard à la cause ou à la faute..... 243
4.5 Principe V : Répondre aux besoins collectivement reconnus..... 244
4.6 Principe VI : Déterminer la nature ou la forme des transferts en recherchant l'équité, l'efficacité et la simplicité..... 245
4.7 Principe VII : Favoriser la participation sociale et la prise en charge personnelle..... 247
4.8 Principe VIII : Exiger une contribution spéciale des activités ou des styles de vie qui représentent un risque plus élevé..... 248

4.9 Principe IX : Chercher continuellement à améliorer les régimes de base au service de la compensation équitable 249
4.10 Principe X : Éviter que les différents régimes d'indemnisation se concurrencent dans les domaines des soins de santé et de la réadaptation physique 251

CHAPITRE 2 – Données et travaux antérieurs 253

1. Portrait statistique de la situation des personnes ayant des incapacités au Québec 253

1.1 Population et types d'incapacités 253
1.2 Caractéristiques socio-économiques 254
1.3 Prévalence du désavantage 256
1.4 Quelques données sur la compensation existant pour les coûts supplémentaires et l'insuffisance du revenu 257

2. Revue de certains travaux antérieurs sur la compensation équitable 259

2.1 Rapport du groupe de travail sur la prise en compte des revenus de la famille pour l'établissement du montant d'aide matérielle à accorder pour les bénéficiaires des services offerts par l'OPHQ (1988) 260
2.2 Rapports sur l'évaluation et la faisabilité d'un fonds de compensation universel pour les personnes handicapées au Québec (1992-1993) 262
2.2.1 Les coûts d'un régime universel de compensation des besoins spéciaux 263
2.2.2 Les modalités de fonctionnement du régime 264
2.3 Rapport sur la compensation des coûts supplémentaires au Québec (1999) 269
2.3.1 L'évaluation générale des modes actuels de compensation 270
2.3.2 Les trois scénarios retenus par le rapport 271

CHAPITRE 3 – Évaluation critique de divers scénarios 275

1. Mise en place d'un régime universel de compensation des besoins spéciaux et du revenu 277

1.1 Actualité de la revendication 277

1.2 Mise en contexte juridique 277

1.3 Difficultés rencontrées par la mise en place d'un régime universel 283

1.3.1 Difficultés d'ordre budgétaire 283

1.3.2 Difficultés éthiques 288

1.3.3 Difficultés politiques et sociales 292

2. Examen de scénarios se rapprochant d'un régime universel de compensation 295

2.1 Le modèle néo-zélandais 295

2.1.1 Historique 295

2.1.2 Fonctionnement 297

2.1.3 Avantages et inconvénients 299

2.2 Le régime universel d'assurance invalidité 302

2.2.1 Mise en contexte 303

2.2.2 Application 304

2.2.3 Avantages et inconvénients 305

3. Fusion des principaux programmes québécois d'assurance 309

3.1 Les régimes d'indemnisation des accidents d'automobile et des accidents du travail 309

3.2 Les régimes d'indemnisation sans égard à la cause de l'incapacité 312

CHAPITRE 4 – Vers un régime de compensation plus équitable : les transferts monétaires 315

1. Présentation des principales contraintes 317

2. Fusion des régimes de compensation fondés sur la solidarité sociale 321

2.1 Les iniquités inhérentes aux trois régimes publics d'indemnisation 323

2.1.1 Les personnes victimes d'un acte criminel 325
2.1.2 Les personnes blessées en se livrant à un acte de civisme 326
2.1.3 Les victimes de l'application d'un programme d'immunisation 327
2.1.4 Critique générale des régimes en vigueur 328
2.2 Les iniquités qui résultent du système fiscal 330
2.2.1 Les iniquités du crédit d'impôt pour déficience mentale ou physique 331
2.2.2 Les iniquités du crédit d'impôt pour aidant naturel et pour personne à charge 333
2.3 Les iniquités de l'allocation supplémentaire pour contraintes sévères à l'emploi 334
2.4 Les iniquités des prestations destinées aux enfants handicapés 335
2.5 Les iniquités résultant du cumul des différents programmes 337

3. Création d'une allocation unifiée pour personnes handicapées 339

3.1 Principe et modalités de versement 339
3.2 Personnes visées et financement disponible 341
3.3 Montant de l'allocation pour personnes handicapées 349
3.4 Autres scénarios possibles de transition 355
3.5 Principaux avantages de l'allocation pour personnes handicapées 357
3.6 L'allocation pour personnes handicapées et la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale 359
3.6.1 Mise en contexte 359
3.6.2 Hausse de l'allocation supplémentaire pour contraintes sévères à l'emploi 360
3.6.3 Favoriser l'intégration au travail 362

4. L'harmonisation de l'allocation pour personnes handicapées avec les autres régimes de compensation ou de transfert 365

4.1 Le principe de base : l'universalité 365
4.2 Commentaires particuliers sur les régimes d'indemnisation des accidents du travail et des accidents d'automobile 368

4.3 Conclusion : rechercher l'équité à court terme et agir pour la solidarité à long terme 369

5. Récapitulation des propositions relatives aux transferts monétaires 371

CHAPITRE 5 – Vers un régime de compensation plus équitable : les services et les équipements 383

1. Présentation des principales contraintes 385

2. Le régime actuel de compensation de base : son fonctionnement transversal et ses principales difficultés 391

2.1 Mise en contexte 391
2.2 La régionalisation dans l'offre de services : disparité ou iniquité ? 393
2.3 Les listes d'attente : un exemple d'iniquité ? 396

3. Les principales iniquités liées à la coexistence entre le régime de base et les autres régimes d'indemnisation 399

3.1 L'accès aux soins de santé et aux mesures de réadaptation 399
3.2 Le financement indirect des services de santé privés par l'entremise de la fiscalité 403
3.2.1 Un mode de financement inéquitable : le crédit d'impôt pour frais médicaux 403
3.2.2 Une alternative plus équitable : le compte d'épargne santé 405

4. L'amélioration de l'équité dans l'offre des services offerts aux personnes handicapées 411

4.1 La création d'une agence autonome : une proposition irréaliste 411
4.2 Première proposition : Mieux évaluer les besoins en mettant en place un plan de services individualisé 413
4.3 Deuxième proposition : Mieux informer les clientèles des services auxquels elles ont droit par une mise à jour continue des services disponibles 415

4.4 Troisième proposition : Mettre en relation continue les organismes qui dispensent des services 416
4.5 Quatrième proposition : Mieux définir les besoins socialement nécessaires 417
4.6 Cinquième proposition : Prioriser si nécessaire afin de faciliter l'accès aux services 417

Conclusion générale 425

Bibliographie 427

Liste des abréviations

Afin d'alléger le texte, les abréviations qui suivent seront couramment utilisées :

A.C.I.	Arrêt de la Cour canadienne de l'impôt (Quicklaw)
A.D.R.C.	Agence des douanes et du revenu du Canada
A.P.H.	Allocation pour personnes handicapées
C.A.	Cour d'appel du Québec
C.A.S.	Commission des affaires sociales
C.c.Q.	Code civil du Québec
C.F.A.	Cour fédérale, division d'appel
C.I.T.	Contrat d'intégration au travail
C.L.P	Commission des lésions professionnelles
C.S.	Cour supérieure du Québec
C.S.S.T.	Commission de la santé et de la sécurité au travail
C.T.C.	Canada Tax cases
D.T.C.	Dominion Tax Cases
E.Q.L.A.	Enquête québécoise sur la limitation des activités (1998)
J.E.	Jurisprudence Express
L.I.	Loi sur les impôts (Québec)
L.I.R.	Loi de l'impôt sur le revenu (Canada)
L.I.V.A.C.	Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels
O.P.H.Q.	Office des personnes handicapées du Québec
R.C.S.	Rapports de la Cour suprême du Canada
R.J.Q.	Recueil de jurisprudence du Québec

S.A.A.Q. Société de l’assurance automobile du Québec

T.A.Q. Tribunal administratif du Québec

T.C.J. Tax Court Judgment (Quicklaw)

Introduction

Le présent rapport résulte d'une initiative de l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ), qui a décidé de former un groupe d'experts sur la compensation équitable en l'an 2000. Les personnes qui ont été approchées sont des professeurs de l'Université Laval : François Blais (Science politique), Daniel Gardner (Droit) et André Lareau (Droit). Le groupe d'experts a reçu officiellement son mandat le 30 mai 2001 du président-directeur général de l'OPHQ, M. Norbert Rodrigue.

Le mandat du groupe d'experts spécifie qu'il est chargé :

- de faire le point sur les disparités dans les mesures d'aide aux personnes ayant des incapacités, en complétant les travaux déjà réalisés à cet égard lors de la préparation du colloque organisé par l'OPHQ en mars 1999 ;

- de poursuivre l'identification des scénarios de solution permettant d'atteindre une plus grande équité dans les mesures d'aide ;

- d'évaluer les coûts, les bénéfices et la faisabilité des avenues de solution envisagées ;

- de faire rapport à l'OPHQ. Le rapport comprendra des propositions quant aux solutions les plus appropriées, en termes de réponse aux besoins, de coûts et de faisabilité ainsi qu'une stratégie d'implantation des changements envisagés.

Ce mandat a été accepté par les membres du groupe à la condition que l'OPHQ prenne acte du fait qu'aucun des experts ne détenait les compétences nécessaires pour faire des évaluations précises de coûts des propositions retenues dans le rapport à produire. Il a été entendu qu'ils pourraient tout au plus, quand cela est possible, faire certaines estimations sommaires et éventuellement encadrer le travail de spécialistes de la question (économistes ou actuaires) dans une seconde étape de la recherche, si cela s'avérait toujours désiré par les mandants. Le groupe de travail a débuté ses travaux à l'été 2001, et un rapport préliminaire a été déposé en juin 2002.

1. Mise en contexte[1]

En mars 1999, l'Office des personnes handicapées du Québec tenait un colloque portant sur l'un des défis majeurs auquel est confrontée la société québécoise : la compensation équitable des besoins des personnes handicapées. Les études et les états de situation, dont les travaux d'évaluation menés par l'Office[2], montrent que des disparités importantes existent dans la couverture des besoins des personnes handicapées. Cette constatation n'est pas nouvelle, puisque d'autres travaux en sont arrivés, précédemment, aux mêmes constats.

Les préoccupations et les engagements à l'égard de la compensation des besoins reliés aux déficiences, aux incapacités et aux situations de handicap ne sont pas récents. En 1984, le gouvernement créait un comité interministériel devant proposer des scénarios en vue d'un régime québécois d'assurance invalidité. Le comité interministériel déposa, en juillet 1986, son rapport final qui resta confidentiel et ne connut pas de suite. Toutefois, d'autres engagements ont été pris à l'égard de la compensation des besoins des personnes handicapées. Déjà, la *Politique d'ensemble À part... égale*, adoptée par le gouvernement québécois en 1985, recommandait un accès universel aux mesures financières et aux services visant la compensation des incapacités. Lorsque fut prise la décision du transfert des programmes d'aide matérielle gérés par l'OPHQ, le Conseil des ministres adopta le 29 juin 1988 une résolution visant

---

1 Cette section est inspirée de larges extraits d'un document produit par l'OPHQ et intitulé « Démarche sur la compensation équitable des besoins des personnes handicapées. Mise à jour du 11 octobre 2001 ».

2 OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC, *Le Québec et l'intégration sociale des personnes handicapées : état de situation multisectoriel*, (DEIP-1025), Drummondville, décembre 1998 ; OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC, *Relevé des données budgétaires disponibles sur les programmes et services destinés aux personnes handicapées (1995-1996, 1996-1997, 1997-1998). Rapport intérimaire du bilan des programmes et services publics destinés aux personnes handicapées,* (DEIP-1035), Drummondville, décembre 1998 ; OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC, *Le Québec et l'intégration sociale des personnes handicapées. Orientations et voies de solution pour l'avenir,* (DEIP-1031), document de travail, Drummondville, décembre 1998.

à « accepter le principe de la compensation des conséquences financières des limitations fonctionnelles dans la détermination de l'aide matérielle, en autant que l'Office des personnes handicapées et les ministères et organismes concernés ne défraient que les dépenses essentielles à l'intégration d'une personne handicapée, selon la solution la plus économique et selon des modalités précises ». Il était également convenu de « ne pas tenir compte de la capacité de payer de la personne handicapée ou de sa famille » (Conseil des ministres, décision 88-151).

La préoccupation à l'égard de la compensation équitable des besoins des personnes handicapées est toujours à l'ordre du jour des politiques publiques, puisqu'elle a été retenue par la Politique de la santé et du bien-être en 1992 comme l'une des voies d'action prioritaires pour « diminuer les situations qui entraînent un handicap pour les personnes ayant des incapacités ».

On peut également mentionner que le gouvernement s'est impliqué auprès des personnes bénéficiant des régimes d'invalidité, mais dans une perspective plus spécifique que celle envisagée dans la présente démarche. Le Comité ministériel sur le développement social a en effet créé, en 1997, un Comité interministériel sur l'harmonisation des programmes dispensés par les organismes offrant des mesures de protection financière aux personnes invalides. Le mandat du comité interministériel visait à améliorer, pour les personnes qui reçoivent des bénéfices de plusieurs régimes, la coordination et les procédures administratives entre les organismes afin de mieux répondre aux besoins de cette clientèle. Bien que ces travaux aient permis de solutionner certains problèmes relatifs à la coordination des programmes, il est clair qu'ils ne visaient pas la recherche de solutions pour réduire les différences existant entre les différents régimes d'indemnisation. Ce travail a toutefois permis de sensibiliser les ministères et organismes aux difficultés rencontrées par les personnes handicapées lors de leurs contacts avec les organisations responsables de l'administration des différents régimes, constituant ainsi une base d'information utile à la mise en route d'une démarche axée sur la recherche de la compensation équitable.

Un colloque sur le sujet, impliquant les différents acteurs du milieu, a été tenu en mars 1999 à Québec. Ce colloque fut l'occasion d'amorcer la réflexion sur cette problématique complexe aux multiples facettes. L'événement a permis d'échanger sur les principales disparités, d'en dégager les dimensions les plus significatives tout en examinant certaines propositions de changement. Pour soutenir le débat et amorcer la réflexion sur des bases rigoureuses, l'Office s'est associé au Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) dans le financement conjoint d'une étude portant sur les modèles de compensation développés dans d'autres pays. Cette étude a permis de dégager différentes voies de solution aux problèmes rencontrés, en formulant quelques modèles d'organisation et de financement des services pouvant apporter des améliorations à la situation actuelle. À l'issue du colloque, la ministre responsable de l'OPHQ, M^{me} Pauline Marois, a demandé à l'Office de lui proposer un projet de démarche concertée portant sur la compensation équitable des besoins des personnes handicapées. Le présent rapport constitue la première étape de cette démarche consistant à présenter aux autorités une proposition documentée sur les solutions d'ensemble pouvant être apportées aux problèmes reliés à la compensation des besoins des personnes handicapées.

2. Structure et contenu du rapport

Ce rapport se divise en deux parties. La première partie, constituée de quatre chapitres, dresse un tableau des différents régimes actuels d'indemnisation. Le premier chapitre présente les principaux régimes liés au statut de victime. Le chapitre deux fait le portrait des différentes mesures d'indemnisation qui découlent du statut de personne handicapée ou invalide. Le chapitre trois s'intéresse aux mesures fiscales principalement dédiées à cette population. Finalement, le chapitre quatre aborde la question technique, mais combien importante de l'interaction entre les divers régimes d'indemnisation. À notre connaissance, il n'existait au Québec aucune recension aussi exhaustive des grands programmes de compensation pour les personnes handicapées et cela pouvait grandement nuire à une réflexion rigoureuse sur les perspectives de changements possibles. Il était nécessaire non seulement de bien recenser, mais surtout de chercher à exposer la logique propre des nombreux programmes actuels, de

rappeler leur origine et de saisir au passage leur évolution récente. Avant d'aborder le très vaste sujet de la compensation équitable et de faire des propositions concrètes de changement, il nous apparaissait essentiel de comprendre les missions relatives de chaque programme, dans le but d'éviter les simplifications abusives ou les amalgames indésirables.

La seconde partie du rapport fait l'évaluation du système actuel sous l'angle de la compensation équitable et propose un certain nombre de recommandations. Le premier chapitre est consacré à la définition de la compensation équitable et des principes qui la sous-tendent. Il n'est pas inutile de rappeler que l'équité relève du monde des valeurs et que c'est un principe complexe qui soulève des enjeux fondamentaux pour une société. Dans le cadre d'un mandat portant sur la compensation équitable, il est important d'avoir une vision globale de la problématique et d'exposer soigneusement les principes directeurs en la matière. Le chapitre deux présente quelques données et statistiques sur la situation socio-économique des personnes ayant des incapacités au Québec et il rappelle les conclusions de certains travaux antérieurs sur la question. Un troisième chapitre servira à analyser différents scénarios proposés ou encore évoqués dans des travaux antérieurs. Sans être complètement en désaccord avec tous ces modèles, les auteurs de ce rapport souligneront leurs limites respectives et présenteront ensuite, dans les deux derniers chapitres, des propositions de réforme ayant pour objectif fondamental d'améliorer tant la réponse aux besoins spéciaux que l'allocation de ressources monétaires aux personnes handicapées.

Dans le cadre de ce rapport, nous emploierons indistinctement les termes *indemnisation* et *compensation*, même si le dernier a plusieurs sens, notamment en droit (la compensation est entre autres l'opération par laquelle deux dettes dues réciproquement entre un débiteur et un créancier s'éteignent jusqu'à concurrence de la moindre). Les organismes et les personnes qui s'intéressent au sort des personnes handicapées étant habitués à parler de compensation au sens de mesures d'aide offertes à cette clientèle (sous forme monétaire ou de services), nous continuerons à employer ce vocabulaire dans le même sens.

3. Cadre et limites de ce travail

Dans le cadre du mandat très large qui nous a été confié par l'OPHQ, nous croyons que ce rapport remplit des objectifs essentiels :

- mise en contexte historique et juridique des différents systèmes d'indemnisation qui sont susceptibles d'être appliqués à une personne handicapée ;
- exposé des motifs qui expliquent le nombre et la diversité des programmes actuellement en place au Québec ;
- maintien d'une perspective d'ensemble sur l'avenir des mécanismes de compensation à l'égard des incapacités ;
- propositions visant la mise en place d'un régime équitable, cohérent et économiquement viable de compensation pour les personnes handicapées.

Nous apportons sans nul doute un éclairage nouveau et, nous l'espérons, prometteur pour l'avenir. La position des universitaires est fort différente de celle des fonctionnaires. Nous avons généralement un accès plus limité aux dernières statistiques ou subtilités touchant l'administration des programmes. En revanche, nous bénéficions généralement d'un point de vue d'ensemble, à l'écart des urgences du quotidien, ce qui rend peut-être plus facile la tâche de se prononcer sur la cohérence des programmes existants et la manière d'envisager leur harmonisation.

Nous sommes bien conscients des limites de ce rapport. La comparaison avec les systèmes d'indemnisation existant hors du Québec est partielle, et bien des données nous manquent sur le « vécu » de ces régimes. Nos propositions de réforme, par ailleurs, sont bien appuyées sur le plan des principes, mais peu développées quant à l'administration du régime à mettre en place. Nous rappellerons simplement que notre priorité était de fournir l'image la plus claire possible de nos propositions, de les illustrer convenablement en insistant sur les raisons de nos choix et sur ce qui était visé par ces modifications. Une fois les principes de la compensation équitable admis, il sera toujours temps de passer aux détails de leur application sur le terrain.

Nous tenons à rappeler, en terminant, que ce travail a été réalisé en tout respect pour la liberté universitaire. Il ne traduit pas l'opinion de l'OPHQ ou de toute autre organisation, mais bien l'idée que nous nous faisons de la compensation équitable pour les personnes handicapées. La recherche est à jour au 30 septembre 2003, mais il est possible que certaines données publiées jusqu'en décembre 2003 aient été intégrées au rapport, sans analyse approfondie.

François Blais
Daniel Gardner
André Lareau

PREMIÈRE PARTIE – ÉTAT COMMENTÉ DE LA SITUATION

Cette première partie vise à présenter un état de la situation en ce qui concerne les mesures d'indemnisation offertes aux personnes handicapées. La consultation de la littérature existante a permis aux auteurs de ce rapport de constater des lacunes importantes dans la documentation disponible. En effet, alors que les mesures d'indemnisation découlant du statut de personne handicapée sont généralement connues et largement documentées, il existe peu de littérature consacrée aux mesures fiscales offertes à cette même clientèle. De plus, la comparaison entre les mesures d'indemnisation offertes par les différents régimes étatiques d'indemnisation, que ce soit entre eux ou avec les régimes de sécurité sociale, est généralement faite de façon incomplète et sans tenir compte de la logique inhérente à chacun de ces systèmes.

Cela explique pourquoi nous consacrerons beaucoup plus de temps à présenter et à expliquer les régimes d'indemnisation mis en place pour couvrir certains faits accidentels précis (chapitre 1) ainsi que le régime fiscal applicable aux personnes handicapées (chapitre 3). Lorsque la cause de l'incapacité est généralement sans incidence sur les mesures d'indemnisation offertes, nous nous limiterons à la présentation de certains des programmes les plus importants prévus pour les personnes handicapées (chapitre 2). Un dernier chapitre servira à répertorier l'éventail des solutions présentement appliquées en matière de cumul, c'est-à-dire de juxtaposition de plusieurs régimes d'indemnisation distincts à une situation factuelle donnée (chapitre 4).

CHAPITRE 1 – Les régimes d'indemnisation liés au statut de victime

D’entrée de jeu, il faut bien comprendre que toutes les sociétés sont organisées autour de certains principes fondamentaux qui forment le « droit naturel ». On parle ici de ces règles que l’on a longtemps considérées comme étant universelles, immuables et intemporelles, qui s’imposent à toute organisation sociale sous peine d’entraîner la rébellion de la part de ses membres. Ainsi, les philosophes grecs Platon et Aristote considéraient que l'obligation de réparer le préjudice causé à autrui est une partie intégrante de ces règles de droit naturel, à côté de l’obligation alimentaire entre parents, du respect de la propriété d’autrui, etc. C’est le principe fondamental voulant que chaque individu soit comptable de ses actes qui est à la base de nos systèmes judiciaires de compensation. Le terme responsabilité vient du latin *respondere*, c’est-à-dire littéralement *répondre* (de ses actes ou de ses omissions).

Les régimes d’indemnisation les plus complets et les plus généreux sont, dans tous les pays, ceux dont l’application résulte d’un fait accidentel imputable à l’Homme et non de la simple constatation de l’existence d’une incapacité. Historiquement, ces régimes reposaient sur un concept de responsabilité individuelle où chaque citoyen devait se conduire de façon à ne pas causer de préjudice à ceux et celles qui l’entourent. La responsabilité civile était ainsi conçue dans une optique de régulation des rapports entre individus, servant à la fois à prévenir l’adoption de codes de conduite socialement inacceptables (en raison des conséquences qui y étaient attachées) et à réparer le préjudice subi en raison d’une telle conduite.

Le concept de responsabilité individuelle a beaucoup évolué au cours des derniers siècles, principalement en raison des limites inhérentes à son application. Le Québec, à l’instar de plusieurs autres juridictions, fournit aujourd’hui une image très contrastée des divers régimes d’indemnisation en vigueur. Une personne blessée est susceptible de recevoir une indemnisation (ou d’être privée de toute mesure réparatrice) à partir de l’application de l’un ou l’autre de ces régimes, dont la coexistence ne peut s’expliquer qu’en retournant aux sources de leur création respective et en les classifiant selon leurs

fondements véritables. On découvrira ainsi que des mesures d'indemnisation, en apparence fort disparates, peuvent s'expliquer à partir de la finalité de chacun de ces régimes ou de son financement.

L'analyse de chacun de ces régimes sera faite à partir du même canevas : historique, champ d'application et caractéristiques fondamentales du système d'indemnisation. Des commentaires particuliers seront ajoutés lorsque des règles spéciales sont prévues en ce qui concerne les personnes handicapées.

Une constatation fondamentale s'impose : aucun de ces régimes ne vise *a priori* à indemniser la personne handicapée, chacun étant plutôt conçu pour indemniser la personne *devenue* handicapée à la suite d'un accident (et donc *victime* de cet accident). On verra que l'existence d'une déficience ou d'une incapacité *antérieure* à la survenance du fait accidentel constitue même un facteur qui limite le versement de certaines indemnités. En fait, tous les régimes d'indemnisation que nous allons étudier dans ce premier chapitre ont été mis en place pour compenser les conséquences d'une détérioration de l'état de santé d'une personne, surtout lorsque l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale entraîne une incapacité permanente.

1. Le régime traditionnel d'indemnisation basé sur la faute

1.1 Historique

À l'origine, responsabilité pénale et responsabilité civile étaient fondues en un seul système basé sur l'idée de vengeance privée. L'exemple le plus connu est le Code d'Hammurabi, plus de 1700 ans avant J.C., d'où est issu la maxime « œil pour œil, dent pour dent ». Le développement d'un appareil étatique mieux organisé ainsi que l'insuffisance d'un système uniquement répressif ont amené très tôt l'introduction d'un droit d'option pour la victime ou sa famille, qui pouvait choisir entre le châtiment corporel du responsable ou le versement d'une amende. Toutefois, la gravité du crime et la richesse du responsable importaient davantage que l'importance de l'atteinte ; les

amendes n'étaient pas nécessairement représentatives du préjudice subi par la victime. L'évolution subséquente a consisté à faire jouer un double rôle au système pénal, où la peine imposée par l'État s'accompagnait d'une forme de compensation pour la victime.

La séparation entre la responsabilité pénale et la responsabilité civile n'est devenue une réalité qu'au cours des derniers siècles et avec plus ou moins de succès selon les pays, comme en fait foi l'octroi répandu de dommages *punitifs* dans les juridictions de *common law* (comme leur nom l'indique, les dommages punitifs visent à punir le défendeur et non à compenser la victime de ses agissements). Dans les pays de tradition civiliste, cette séparation des deux ordres de responsabilité s'est accompagnée d'une généralisation de la fonction *compensatoire* dévolue aux dommages-intérêts, témoin d'une attention plus grande portée à la victime du préjudice.

1.2 Champ d'application

Le Code civil du Québec représente le texte législatif applicable à défaut d'une loi particulière, ce que l'on appelle le droit commun. Ses hypothèses d'application ne peuvent être limitativement énumérées : personne qui devient handicapée à la suite d'une faute médicale commise lors de sa naissance, personne blessée en faisant du ski, dans un accident d'avion, lors d'une chute dans un escalier, etc. Dans toutes ces hypothèses, la victime doit toutefois identifier le responsable de son préjudice. L'existence d'une conduite fautive, c'est-à-dire un comportement qui s'écarte des normes socialement acceptables, devra au préalable être établie à la satisfaction du tribunal.

La règle fondamentale du système de droit commun veut que toute personne soit « responsable du préjudice qu'elle cause par [sa] faute à autrui » (art. 1457 du Code civil). L'emploi du terme *autrui* indique que le Code vise autant celui qui subit une atteinte à son intégrité physique (la victime immédiate) que celui qui en ressent les contrecoups (la victime par ricochet). Ainsi, le préjudice causé à une jeune mère de famille aura des conséquences pécuniaires et non pécuniaires pour elle-même, pour ses proches (conjoint, enfants) et pour des personnes qui entretiennent des relations

économiques avec elle (employeur, associé). En théorie, toutes ces victimes par ricochet ont le droit de réclamer une indemnité du responsable de leur préjudice. En pratique toutefois, les tribunaux limitent ces indemnités aux proches de la victime en privilégiant l'indemnisation des pertes économiques (temps consacré aux soins et aux déplacements de la victime immédiate pour obtenir ces soins, accomplissement des tâches qu'elle exerçait avant l'accident, etc.). L'indemnisation des pertes non pécuniaires sera habituellement limitée à quelques milliers de dollars (sauf lorsque la victime gravement blessée est un jeune enfant et que ses parents sont les réclamants). Le recours d'un tiers sans aucun lien affectif avec la victime, tel son employeur, sera rejeté dans l'immense majorité des cas en raison de l'existence d'un lien causal jugé trop ténu.

La notion de responsabilité civile heurte parfois d'autres concepts fondamentaux qui gouvernent notre société, tels le respect de la responsabilité individuelle et le désir d'avoir des enfants. Ainsi, on pourrait théoriquement concevoir qu'un enfant handicapé puisse poursuivre sa mère qui a été négligente pendant sa grossesse (alimentation déficiente, consommation de drogue, pratique d'activités dangereuses pour le fœtus), ou encore contre ses parents qui ont été insouciants dans leur décision de le concevoir, compte tenu de leur bagage génétique. Au Canada, le concept de l'*ordre public* semble, à l'heure actuelle, constituer le rempart juridique qui permette de rejeter de telles poursuites. La Cour suprême a, à titre d'exemple, refusé d'engager la responsabilité de la mère qui, ayant négligé de porter sa ceinture de sécurité, a été impliquée dans un accident d'automobile ayant eu de lourdes conséquences pour le fœtus (*Dobson c. Dobson*, [1999] 2 R.C.S. 753, affaire en provenance du Nouveau-Brunswick). Même si la common law était applicable dans cette histoire, il y a tout lieu de croire que les « public policy concerns » évoqués par la Cour sont directement transposables en droit civil québécois, où le concept d'ordre public s'opposerait à l'admissibilité d'un tel recours. L'ordre public réfère aux règles existant dans l'intérêt de la société tout entière et qui transcendent les intérêts individuels (en l'espèce, éviter la judiciarisation des conséquences de la décision de concevoir un enfant).

En revanche, rien ne s'oppose à ce qu'un enfant blessé lors d'un accouchement, à la suite d'une faute médicale, puisse obtenir une indemnité pour les préjudices qui résultent de son handicap (pour un exemple célèbre : *Gravel c. Hôtel-Dieu d'Amos*, [1984] C.S. 792, [1989] R.J.Q. 64 (C.A.)). La faute du médecin est ici la cause d'une détérioration de l'état de santé de l'enfant, ce qui lui confère le droit à réparation pour « les pertes qu'il subit et le gain dont il est privé », aux termes de l'article 1611 du Code civil.

Beaucoup plus délicate est la question de savoir si l'enfant né avec une déficience peut être indemnisé lorsqu'en raison d'une faute (défaut d'information de la part du médecin), sa mère n'a pu recourir à l'avortement afin d'éviter sa naissance. Il existe en effet des tests de dépistage qui permettent de déceler de graves maladies ou malformations telle la Trisomie 21, avec la possibilité que la mère choisisse alors d'interrompre sa grossesse. Lorsqu'une telle information n'a pas été fournie à la mère, l'enfant né handicapé dispose-t-il d'un recours contre le médecin fautif ?

En France, l'Assemblée plénière de la Cour de Cassation (le plus haut tribunal du pays) a reconnu l'existence d'un tel droit dans l'arrêt *Perruche* du 17 novembre 2000, suivi d'une série de décisions dans le même sens en date du 17 juillet et du 28 novembre 2001. Ces décisions reposent sur des assises juridiques fragiles, puisqu'il n'est pas du tout évident qu'il y ait ici un préjudice au sens juridique du terme, soit de naître handicapé, alors que la situation en l'absence de la faute médicale (le défaut d'information) aurait été de ne pas naître du tout et non de naître en santé. De plus, assumer que la faute du médecin est la cause du préjudice subi tient pour acquis que la mère aurait nécessairement eu recours à l'avortement si elle avait correctement été informée, ce qui pose un problème moral et éthique qui dépasse le droit de la responsabilité civile (le droit de la femme à disposer de son corps). À la suite des remous créés par cette série de décisions (notamment par les associations de défense des droits des personnes handicapées), l'Assemblée nationale française est intervenue pour renverser la jurisprudence *Perruche*, en édictant que « nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance, fut-il né handicapé » (article premier de la Proposition de loi n^{o} 757 relative à la solidarité nationale et à l'indemnisation des

handicaps congénitaux, 10 janvier 2002). Ce texte a été intégré au Code civil français (article 16 al. 2 nouveau).

Au Canada, dans une affaire en provenance de la Colombie-Britannique, la Cour suprême a confirmé l'état du droit sur cette question : les parents d'un enfant né avec le syndrome de Down, non décelé à la suite d'une faute médicale, ont le droit de réclamer du médecin fautif les coûts représentant les besoins spéciaux générés par l'état de santé déficient de leur enfant. Toutefois, la Cour a explicitement indiqué qu'« [i]l est admis que Mervyn [l'enfant né handicapé] ne peut faire valoir lui-même aucune cause d'action » (*Krangle (Tutrice à l'instance de) c. Brisco*, [2002] 1 R.C.S. 205, par. 2).

1.3 Caractéristiques du régime

Le Code civil reconnaît la fonction fondamentalement *compensatoire* des dommages-intérêts (art. 1607 et suiv.) ; l'octroi de dommages-intérêts *punitifs* est exceptionnel en droit québécois (art. 1621). Le seul texte de loi qui donne ouverture à des dommages punitifs dans une hypothèse de préjudice corporel, l'article 49 de la Charte des droits et libertés de la personne, n'a été appliqué qu'à quelques dizaines d'occasions depuis son entrée en vigueur en 1975 : la nécessité de prouver une atteinte *intentionnelle* à l'intégrité physique de la victime explique cette situation. Les montants accordés sont en moyenne inférieurs à 5 000 $.

Si l'on exclut à partir de maintenant l'hypothèse rarissime des dommages punitifs, les grands principes qui gouvernent l'évaluation des dommages-intérêts compensatoires résultant d'un préjudice corporel peuvent être résumés comme suit :

- Absence de plafonnement préalable de l'indemnité (principe de la réparation intégrale du préjudice). En principe, le défendeur doit réparer toutes les conséquences de sa conduite fautive. Les soins requis par la victime ainsi que ses pertes salariales ne sont assujetties à aucune limite, si ce n'est la preuve de leur lien causal avec la conduite du défendeur (ex. : que le préjudice ne résulte pas d'un refus de se faire soigner) et leur caractère raisonnable compte tenu des

circonstances (ex. : aménagement du domicile existant au lieu de la construction d'un nouvel immeuble adapté).

- Une exception importante a été apportée par la Cour suprême qui a plafonné l'indemnité pour pertes non pécuniaires (douleurs et souffrances, perte de jouissance de la vie, préjudice esthétique) à 100 000 $ en dollars de 1978. Cela représente un montant approchant les 300 000 $ en 2003. Même si la Cour avait indiqué en 1978 que ce plafond pourrait être dépassé en présence de « circonstances exceptionnelles » (*Andrews c. Grand and Toy Alberta Ltd*., [1978] 2 R.C.S. 229), l'examen de la jurisprudence depuis cette date ne révèle aucun cas d'application de cette exception.

- Caractère final du jugement non porté en appel, autrement appelé règle du *once-and-for-all*. Cela oblige le tribunal, dans les cas les plus graves, à tenter de prédire la date du décès de la victime (afin de déterminer la durée des soins dorénavant requis par son état de santé) et celle de sa retraite (afin d'évaluer l'importance de ses pertes salariales). Cela incite également les parties à retarder le prononcé d'un jugement final, le défendeur espérant la guérison ou, au contraire, le décès de la victime (disparition de certains postes d'indemnisation tel celui relié aux soins futurs) ; la victime, quant à elle, hésitera à procéder avant que son état de santé soit totalement consolidé.

- Afin de pallier ce dernier inconvénient, le Code civil prévoit, depuis 1994, que la victime d'un préjudice corporel peut obtenir une « réserve de recours » pour une période maximale de trois ans après le prononcé du jugement (art. 1615). La mesure est cependant d'application limitée (une quinzaine de cas dans les dix premières années d'existence de la disposition), pour deux motifs principaux : le tribunal possède un pouvoir discrétionnaire total en la matière et la victime doit faire la preuve « qu'il n'est pas possible de déterminer avec une précision suffisante l'évolution de sa condition physique ».

- Octroi des dommages-intérêts sous forme d'un « capital payable au comptant » (art. 1616 al. 1 C.c.Q.), ce que l'on désigne également sous le vocable « somme forfaitaire ». Une exception est prévue pour la victime mineure où le versement sous forme de rente est possible (art. 1616 al. 2) : la longueur moyenne des procès de droit commun (environ 8 ans) ainsi que la possibilité accordée par le législateur à la victime mineure, lors de sa majorité, d'obtenir la capitalisation de sa rente, expliquent l'absence d'application de la mesure d'exception depuis son entrée en vigueur, en 1994.

- L'octroi d'une somme forfaitaire pose de nombreux problèmes dont les principaux sont les suivants :

    1. Risque de dilapidation de l'indemnité par la victime non préparée à gérer un capital important. Des études menées au Canada et ailleurs indiquent que 90 % des victimes de préjudices corporels graves ont dilapidé leur indemnité dans les cinq années suivant sa réception ; environ le quart d'entre elles auront tout dépensé dans les deux mois de l'obtention de la somme (voir Gardner : 94-96, n^{o} 93).

    2. Incidences fiscales désastreuses pour la victime majeure. Bien que le capital reçu ne soit pas imposable, les revenus générés par l'investissement de ce capital sont imposés comme n'importe quel autre revenu. Or, ce sont des revenus *bruts* qui sont pris en compte dans la détermination de la somme finale remise à la victime. On reviendra plus en détail sur le désavantage qui en résulte pour les victimes gravement blessées, dans le cadre du dernier chapitre de cette première partie.

- Prise en compte de la situation de la victime *au moment de l'accident*. Cela signifie que la victime qui était déjà handicapée à ce moment ne sera indemnisée que dans la mesure où le nouvel accident *aggrave* sa situation antérieure. Rappelons que l'objectif de la responsabilité civile est de réparer les conséquences d'une conduite fautive ; suivant cette logique, le responsable ne sera tenu de verser, à titre

d'exemple, aucune indemnité pour pertes salariales futures si la victime était déjà incapable d'exercer tout emploi en raison d'un handicap pré-existant.

- Le responsable doit prendre la victime dans l'état où elle se trouve au moment de l'accident, avec ses forces et ses faiblesses. C'est ce que l'on appelle la théorie des prédispositions, également connue sous son vocable anglais *thin skull rule* ou sa traduction littérale « théorie du crâne fragile ». Ainsi, le responsable ne pourra se plaindre du fait que la piètre condition physique de la victime ou une certaine fragilité psychologique ait aggravé la durée de son incapacité ou l'importance du préjudice subi. L'évaluation du préjudice doit toujours se faire de façon concrète en tenant compte de la situation particulière de la victime : toute autre solution conduirait à faire supporter par les plus faibles les conséquences de leurs faiblesses. Le responsable pourra toutefois obtenir un allégement de son fardeau d'indemnisation s'il fait la preuve :

  1. d'une invalidité *antérieure* à l'accident qui était déjà déclarée : on en revient alors à la situation exposée au point précédent, où le responsable ne répond que des conséquences de sa faute ;

  2. d'une évolution *inéluctable* d'un état pathologique préexistant, qui se serait révélé même en l'absence de l'accident. Cela revient à plaider l'absence de lien causal entre la faute alléguée et un préjudice qui serait apparu de toute façon.

1.4 Conclusion sur le régime de responsabilité basé sur la faute

Le régime de droit commun est en théorie celui qui indemnise le mieux les victimes de préjudices corporels : au niveau des principes, le défendeur poursuivi doit répondre de toutes les conséquences de sa faute, peu importe leur gravité. En pratique toutefois, les limites inhérentes à ce système sont telles que moins de 10 % des victimes obtiendront en bout de ligne une indemnité complète. La lecture des données publiées annuellement par l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) est

extrêmement révélatrice de cet état de fait. Cette association assure, par l'entremise d'une mutuelle, la quasi-totalité des médecins canadiens, qu'ils soient généralistes ou spécialistes. Or, pour les années 1996-2000, plus de 60 % des poursuites intentées contre les médecins ont été rejetées ou abandonnées sans procès ni règlement, et un autre 30 % ont été réglées hors cour (un règlement hors cour est habituellement conclu pour moins de la moitié du montant des dommages initialement réclamé). Du 10 % de ces poursuites ayant donné lieu à un jugement par un tribunal, 75 % se sont soldées par un rejet total de l'action. Pour l'année 2001 au Québec, 215 nouvelles poursuites ont été intentées et quatre jugements seulement ont été rendus en faveur de la victime (33 en faveur des médecins). 72 poursuites intentées au cours d'années antérieures ont été réglées hors cour et pas moins de 80 ont été rejetées ou abandonnées sans que la victime n'obtienne un sou d'indemnité.

Ces données ne sont pas limitées au seul domaine de la responsabilité médicale. En 1986, un rapport ontarien estimait que « the best evidence we have today indicates that only one-third to one-half of accident victims get *any compensation* through the tort system. Others, including those who are seriously or catastrophically injured, are left behind or slip through the cracks » (Ontario Task Force on Insurance : 65).

Parmi les facteurs qui expliquent cette situation, mentionnons la question des coûts inhérents à une action en justice (frais judiciaires, d'avocat et d'expertise). Dans un contexte où les délais se comptent en années plutôt qu'en semaines ou en mois, peu de victimes disposent de moyens financiers suffisants pour se rendre au bout du processus. La nécessité d'identifier un responsable solvable, ainsi que l'inconvénient qui résulte paradoxalement de la présence d'un défendeur solvable (il a les moyens de se défendre et d'allonger le processus judiciaire), constituent d'autres éléments d'explication. Cette question de solvabilité est centrale dans tous les cas où l'assurance responsabilité est absente (auteurs d'actes criminels) ou peu répandue (propriétaire d'animaux). La difficile preuve des trois conditions de base de la responsabilité civile (une faute et un préjudice unis par un lien causal) apparaît toutefois comme l'écueil principal rencontré par les victimes de préjudices corporels :

- La notion de *faute* a plusieurs conséquences négatives pour la victime d'un préjudice corporel. Du petit nombre de personnes qui réussissent à obtenir un jugement en leur faveur, environ le tiers est privé d'une indemnisation complète parce que le tribunal opère un partage de responsabilité en raison de leur propre faute (principe de la faute contributive de la victime, art. 1478 du Code civil). Par ailleurs, il faut bien dire que la majorité des accidents ne donnent jamais lieu à un procès en responsabilité civile, soit parce que la victime est la seule responsable de son malheur (chute dans un escalier après s'y être engagé dans l'obscurité), soit parce qu'il n'y a aucun acte fautif en l'espèce (victime emportée par une inondation, blessée par la chute d'un arbre).

- La notion de *lien de causalité*, essentielle dans un système où le responsable ne doit logiquement répondre que des conséquences de sa faute, est souvent difficile à établir. La Cour suprême en a fourni une illustration très nette dans l'affaire *St-Jean c. Mercier*, [2002] 1 R.C.S. 491. M. St-Jean est happé par une automobile alors qu'il fait de l'auto-stop en bordure de l'autoroute. Transporté à l'hôpital, le médecin traitant ne se rend pas compte de la fracture d'une vertèbre et néglige donc de prescrire les mesures d'immobilisation appropriées. M. St-Jean, qui pouvait bouger les orteils lors de son arrivée à l'urgence, perd l'usage de ses jambes dans les jours suivants. Malgré la reconnaissance d'une faute du médecin par la Cour d'appel et la Cour suprême, la victime perdra pourtant son procès après plus d'une décennie, étant incapable de prouver d'une manière prépondérante que la paralysie découle nécessairement de la faute du D^{r} Mercier et non d'une évolution inéluctable de son état de santé, résultant de l'accident d'automobile.

Certains des inconvénients exposés ci-dessus ont amené le législateur à modifier ce système de base pour certains risques liés à notre organisation sociale. La solution la plus radicale consiste à éliminer carrément la notion de faute et à élargir celle relative à la causalité : ce sont les régimes d'indemnisation sans égard à la responsabilité de quiconque, que nous allons maintenant étudier.

2. Les régimes d'indemnisation sans égard à la responsabilité de quiconque

L'application d'un régime de responsabilité civile basé sur la notion de faute est source de graves iniquités pour une proportion non négligeable des victimes de préjudice corporel. Le Code civil du Québec tente d'atténuer le problème en prévoyant une série de dispositions qui allègent le fardeau de preuve de la victime. Les règles gouvernant l'évaluation du préjudice demeurent les mêmes ; on ne touche ici qu'à la question préalable de l'identification d'un responsable. À titre d'exemple, les parents et autres gardiens d'un mineur sont présumés en faute lorsque l'enfant sous leur contrôle cause un préjudice à autrui (art. 1459-1460). Il ne s'agit alors que d'un renversement du fardeau de la preuve, le parent ou le gardien pouvant échapper à toute condamnation en démontrant qu'il n'a commis aucune faute dans la garde, l'éducation ou la surveillance du mineur. Il arrive également qu'une personne doive répondre des actes d'une autre personne (l'employeur pour les fautes commises par son employé) ou d'un animal (son propriétaire), sans que ceux-ci ne soient autorisés à invoquer l'absence d'une conduite répréhensible de leur part. Il ne s'agit toutefois pas de régimes de responsabilité « sans faute », puisque la faute de la victime elle-même pourra servir à rejeter sa poursuite ou à réduire le montant de la condamnation (en fonction de sa gravité).

Ces mesures d'allégement de la preuve, pour intéressantes qu'elles soient du point de vue des victimes, ne règlent pas le problème fondamental qui consiste à identifier un responsable avant de penser à obtenir une compensation pour le préjudice subi. Dans tous les domaines où la survenance d'un fait accidentel ne constitue plus un acte isolé et fortuit, mais plutôt la concrétisation d'une réalité statistique incontournable, des pressions ont été exercées pour que des changements plus profonds soient apportés. Ces pressions ont été couronnées de succès lorsque le fait accidentel en question était généralement susceptible de permettre l'application du système de responsabilité civile. Les accidents du travail et d'automobile sont les deux principaux secteurs où le législateur a choisi de substituer une logique de responsabilité collective à celle, classique, de responsabilité individuelle. Ce recentrage du droit de la responsabilité

civile sur la victime plutôt que sur le responsable a pour objectif une indemnisation automatique de toutes les victimes d'accidents, sans égard à la responsabilité de quiconque.

Signalons immédiatement que le financement préalable constitue une condition incontournable à la viabilité financière d'un régime d'indemnisation sans égard à la responsabilité et que cette exigence prend de plus en plus d'importance à mesure que le champ d'application du régime est large. Lorsque ce financement est adéquat et que des indemnités suffisantes sont offertes aux victimes visées par le régime, les principes de l'assurance expliquent la disparition de la possibilité de poursuivre civilement le cotisant responsable de l'accident : s'étant prémuni à l'avance des conséquences d'une éventuelle responsabilité, il ne peut être recherché en responsabilité *a posteriori*.

Nous analyserons ici les deux principaux régimes d'indemnisation sans égard à la responsabilité : accidents d'automobile et accidents du travail. On les désigne fréquemment sous l'appellation « régimes de *no fault* » ou « sans faute » mais nous leur préférons l'expression ci-dessus : en plus de correspondre exactement au libellé des deux lois en question, elle fait clairement ressortir que non seulement la faute mais aussi la responsabilité ne jouent plus aucun rôle dans l'application de ces régimes. À titre d'exemple, la Société de l'assurance automobile du Québec doit indemniser le conducteur blessé dans un accident d'automobile, peu importe que l'accident soit dû à sa faute ou à celle d'un autre automobiliste, à une crevaison ou à des conditions climatiques dangereuses.

D'autres régimes d'indemnisation sont volontairement laissés de côté, soit parce que leur application est rarissime (exploitant d'une installation nucléaire en vertu de la Loi sur la responsabilité nucléaire), soit parce que les mesures d'indemnisation sont minimales (indemnité maximale de 5 000 $ pour la personne qui est blessée ou tuée à la suite d'un « accident qui résulte directement de la pratique, à des fins récréatives, de la chasse ou du piégeage » : art. 79 de la Loi sur la conservation et la mise en valeur de la faune).

2.1 Les victimes d'accidents d'automobile

2.1.1 Historique

Les accidents d'automobile constituent la principale source de préjudices corporels graves dans tous les pays industrialisés. Diverses mesures ont été prises dans le passé pour tenter d'adapter le système de droit commun de la responsabilité civile à la réalité incontournable des accidents de la route : renversement du fardeau de la preuve à l'encontre du propriétaire et du conducteur impliqués dans un accident, création d'un fonds d'indemnisation pour les cas où le responsable est insolvable ou introuvable, etc. Toutes ces mesures ont eu des résultats très mitigés : dans le *Rapport du comité d'étude sur l'assurance automobile* déposé en 1974 (mieux connu sous le nom de rapport Gauvin, du nom de son président), on estimait que trois victimes québécoises sur dix n'étaient pas indemnisées complètement à la suite d'un accident et que les autres devaient attendre des mois, voire des années, avant de toucher une indemnité réduite d'environ 20 à 30 % pour leurs frais d'avocat.

Adoptée en 1977 et entrée en vigueur le 1er mars 1978, la Loi sur l'assurance automobile (LAA), représente le régime qui applique de la façon la plus poussée le principe de l'indemnisation sans égard à la responsabilité. Le régime est géré de façon exclusive par la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), un organisme étatique qui joue le rôle d'une mutuelle d'assurance dédiée aux victimes d'accidents d'automobile.

2.1.2 Champ d'application

L'article 7 de la loi prévoit que les résidents québécois sont couverts par le régime, que l'accident survienne au Québec ou hors du Québec. Il n'est aucunement nécessaire qu'une automobile immatriculée au Québec soit impliquée dans l'accident : un piéton blessé à Paris en tentant de traverser un boulevard sera indemnisé de la même façon que si l'accident était survenu à Québec. Cette notion d'immatriculation ne compte que pour les étrangers : toute personne qui se trouve à l'intérieur d'un véhicule immatriculé au Québec lors d'un accident sera considérée comme un résident québécois (art. 8). Il

s'agit ici d'une présomption irréfragable, fort avantageuse pour le touriste qui, par exemple, loue un véhicule au Québec.

Le mot *victime* employé dans cet article 7 est défini dans l'article précédent de la loi (art. 6) comme « la personne qui subit un préjudice corporel dans un accident ». L'objectif du législateur est d'indemniser les personnes blessées *dans un accident* et non leurs proches, que l'on désigne sous le vocable de « victimes par ricochet ». Ces proches ne seront directement indemnisés qu'en cas de décès de la victime immédiate. On doit cependant signaler l'existence d'une série de mesures où des proches de la victime blessée sont susceptibles de recevoir un montant d'argent de la SAAQ :

- Remboursement des frais de séjour et de déplacement ainsi qu'une allocation de disponibilité pour la personne qui accompagne la victime lors de ses traitements (art. 83.5). L'allocation de disponibilité ne peut dépasser 70 $ par jour ;

- Allocation versée pour l'aide à domicile prodiguée à la victime en fonction d'une grille d'évaluation des tâches qu'elle ne peut plus accomplir elle-même (art. 79). L'allocation peut atteindre 670 $ par semaine en 2003 ;

- Remboursement, dans certaines hypothèses, des frais de thérapie engagés par les proches d'une victime gravement blessée (art. 83.7, à partir de normes adoptées par voie de directives internes).

Ces allocations et remboursements de frais seront payés directement à la personne concernée ou encore versés à la victime immédiate. On notera toutefois que l'existence de ces mesures est dictée par le souci de contribuer à la réadaptation de la victime blessée et non de compenser les proches qui sont affectés par l'accident qu'elle a subi.

La notion d'accident est l'élément central de la loi et celle qui est la plus difficile à cerner avec précision. Le terme *accident* est tout d'abord défini comme « tout événement au cours duquel un préjudice est causé par une automobile » (art. 1 par. 1). Cette définition très large comprend les accidents au sens commun du terme et ceux résultant d'un acte volontaire de la victime (par exemple, le suicide). Cette première définition est précisée par celle des termes *préjudice causé par une automobile* à l'art. 1 par. 5. De cette longue définition, on retiendra que le préjudice peut être causé par une *automobile*

(le piéton happé en traversant un boulevard) ou bien par son *usage* (personne incommodée par les gaz d'échappement d'une automobile) ou bien par son *chargement*. On notera qu'il n'est pas ici nécessaire que l'accident survienne sur une voie publique, pas plus que n'est exigé le rôle actif de l'automobile. Il est bien établi en jurisprudence que la notion de *causalité* dont il est question dans cette définition est beaucoup plus large que la notion de causalité du droit commun de la responsabilité civile. Il suffit qu'une automobile soit impliquée dans l'accident. La décision de principe en cette matière a été rendue par la Cour d'appel en 1992 : *Productions Pram c. Lemay*, [1992] R.J.Q. 1738.

Le terme *automobile* comprend « tout véhicule mû par un autre pouvoir que la force musculaire et adapté au transport sur les chemins publics mais non sur les rails » (art. 1 par. 2). Cette définition inclut donc les autobus, camions, motocyclettes, motoneiges, etc. Sont par ailleurs exclus, en raison du libellé de la disposition, les bicyclettes, avions, bateaux et trains. Cette définition très large d'automobile a incité le législateur à édicter des restrictions relatives à certains véhicules particuliers : ainsi, l'accident impliquant un véhicule récréatif (motoneige, VTT) ne sera couvert par le régime d'indemnisation que si une automobile « ordinaire » en mouvement est impliquée dans l'accident (art. 10 : motoneige heurtée par une automobile en traversant une voie publique).

On soulignera enfin que le régime d'indemnisation n'est applicable qu'au préjudice *corporel***,** défini à l'article 2 de la loi comme étant le préjudice « physique ou psychique d'une victime y compris le décès ». Le même article ajoute que les « vêtements que porte la victime » au moment de l'accident seront réparés ou remplacés par la SAAQ jusqu'à concurrence de 400 $ (ce montant passe à 1 000 $ pour les motocyclistes, en raison du coût du casque protecteur et des vêtements de cuir).

2.1.3 Caractéristiques du régime

Lorsque l'accident survient au Québec, les indemnités prévues par la loi sont les seules qui peuvent être réclamées. Aucune poursuite civile ne peut être intentée contre l'auteur

potentiel du préjudice, peu importe que ce soit pour la totalité du préjudice ou pour l'excédent non couvert par le régime étatique (art. 83.57). Le paiement de la prime d'assurance (25 $ par année pour le permis de conduire, 117 $ par année pour les véhicules de promenade, taxes incluses) protège le conducteur impliqué dans l'accident de toute poursuite potentielle. Pour des raisons tenant à la multitude des facteurs en cause lors d'un accident d'automobile et des difficultés de preuve (conditions climatiques, état de la chaussée, état mécanique des véhicules impliqués, etc.), la loi a étendu l'immunité de poursuite à tous les résidents québécois (fabricant de l'automobile, garagiste, propriétaire d'un débit de boissons, conducteur non assuré).

Voici un aperçu des indemnités et mesures d'aide mises en place par la loi :

- Les *frais médicaux et paramédicaux* sont payés ou remboursés sans limite préétablie dans la plupart des cas (art. 83.2). Le seul critère retenu est la nécessité médicale pour de tels soins, en autant qu'ils découlent de l'accident d'automobile. Toute une panoplie de mesures de *réadaptation* (physiothérapie, aide personnelle à domicile, adaptation de l'automobile et du poste de travail, etc.) sont également offertes à la victime en fonction de la gravité de ses blessures (art. 83.7) ;

- Les pertes salariales sont indemnisées sous le vocable *indemnité de remplacement du revenu*. La multitude des situations envisageables (travailleur à temps plein ou à temps partiel, personne sans emploi, étudiant, enfant, retraité) se retrouve aux articles 13 à 44 de la loi. Il existe un maximum (53 500 $ en 2003, art. 54) à partir duquel la SAAQ calcule l'indemnité, qui correspond à 90 % du revenu net de la victime (art. 51-53) et n'est pas imposable. L'indemnité cesse lorsque la victime recommence à travailler ou lorsque la preuve établit une capacité (à tout le moins résiduelle) de travail. La SAAQ peut alors « déterminer un emploi » à la victime et réduire l'indemnité en conséquence, même si la victime n'occupe pas effectivement cet emploi (art. 45-48). Cette mesure, tout à fait logique dans le cadre d'un système (objectif ou subjectif) de responsabilité civile, est souvent mal comprise des victimes. Il faut en effet se rappeler qu'il s'agit d'un régime d'indemnisation et non de sécurité sociale : lorsque la victime serait capable de travailler mais ne peut le faire en raison

de facteurs extérieurs à son état de santé (par exemple une crise économique), le régime d'indemnisation cesse d'être responsable de cette situation.

- Les *pertes non pécuniaires* sont visées aux articles 73 et suivants de la loi. L'indemnité peut atteindre 187 712 $ en 2003 en fonction de l'importance de l'*atteinte permanente* subie par la victime (art. 74, 76 et 77), ce qui fait du régime québécois le plus généreux à ce chapitre à travers le monde. Contrairement au régime des accidents du travail, l'âge n'est pas un facteur à considérer dans la fixation de cette indemnité. Depuis le 1er janvier 2000, les souffrances endurées par la victime à la suite de l'accident sont également compensées sans que l'on exige la preuve d'une atteinte permanente à son intégrité physique. Le montant accordé pour ces « souffrances temporaires » est toutefois beaucoup plus faible que celui applicable aux atteintes permanentes : l'indemnité maximale est de 1 077 $ en 2003.

- En cas de décès de la victime, des sommes forfaitaires sont versées à son conjoint (art. 63 ; entre 53 533 et 267 500 $ en 2003), à ses enfants et autres personnes à charge (art. 66 ; entre 25 426 et 46 842 $ pour 2003) et, à défaut de représentants de l'une ou l'autre de ces catégories, à sa succession représentée le plus souvent par ses parents (art. 69 ; maximum de 42 906 $ en 2003). Dans tous les cas, une somme forfaitaire est accordée pour les frais funéraires (art. 70 ; 4 014 $ pour 2003).

Les personnes déjà handicapées au moment de l'accident d'automobile font l'objet de certaines dispositions législatives particulières. La plus importante est l'article 44 qui nie le droit à une indemnité de remplacement du revenu pour la victime qui était, au moment de l'accident, « régulièrement incapable d'exercer tout emploi pour quelque cause que ce soit ». Cela ne signifie pas qu'elle n'obtiendra aucune indemnité, mais que l'indemnisation de ses pertes économiques se limitera à des remboursements de frais (physiothérapie, soins à domicile, frais de déplacement). Elle aura par ailleurs droit à sa pleine indemnité pour pertes non pécuniaires. Évidemment, l'article 44 n'est applicable qu'aux personnes handicapées qui étaient incapables d'occuper un emploi avant leur accident. La loi suit ici la logique appliquée dans tous les régimes

d'indemnisation reliés à la cause du préjudice, qu'ils soient basés sur la faute ou sans égard à la responsabilité : l'objectif étant de compenser la perte subie en raison de l'accident, l'incapacité doit résulter de cet accident et non être préalable à celui-ci. Pour les années 1991 à 2001, 4 288 personnes handicapées n'ont pas reçu d'indemnité de remplacement du revenu en application de cette règle, ce qui représente 2,1 % de la clientèle ayant une incapacité de plus d'une semaine à la suite d'un accident d'automobile. L'âge moyen de cette catégorie de victimes était de 50,5 ans. Ces données sont compilées dans le *Dossier statistique, Bilan 1991-2001*, Québec, SAAQ, décembre 2002.

L'état d'invalidité antérieure d'une personne, qui ne la qualifie à recevoir une indemnité de remplacement du revenu en cas de blessure, joue au contraire en sa faveur dans l'hypothèse du décès d'un proche. Les indemnités de décès sont en effet supérieures lorsque le récipiendaire était invalide au moment de l'accident. La notion d'invalidité appliquée dans la loi est ici la même que celle appliquée par la Régie des rentes du Québec pour donner droit à la rente d'invalidité : une « invalidité physique ou mentale grave et prolongée », qui « rend la personne régulièrement incapable d'exercer une occupation véritablement rémunératrice » et qui « doit vraisemblablement entraîner la mort ou durer indéfiniment » (art. 60). Lorsque la personne décédée est le conjoint, l'indemnité versée au survivant invalide peut être jusqu'à cinq fois supérieure à celle qui aurait été remise à un conjoint non invalide (art. 63 al. 2 et Annexe II, 267 500 $ max. en 2003). Lorsque la personne invalide était à la charge de la personne décédée (le plus souvent son enfant), l'indemnité de décès autrement payable est augmentée en vertu de l'article 67 de la loi (22 082 $ de plus en 2003). Le législateur vient ici reconnaître que la perte d'un proche aura des répercussions plus grandes pour la personne handicapée, qui bénéficiait probablement de son soutien bénévole.

On terminera avec des statistiques relatives à l'ensemble du régime : depuis sa mise en place en 1978, près de 10 milliards de dollars ont été versés en indemnités et remboursements divers pour le traitement de demandes présentées plus de 650 000 personnes. Les indemnités de remplacement du revenu comptent pour environ

40 % de ce montant. Le tableau qui suit fournit des informations plus détaillées pour l'année 2002.

Victimes d'accidents d'automobile	Nombre ou montants pour 2002
Nombre de victimes	
- Décès	703
- Blessures graves	5 448
- Blessures légères	47 937
Indemnisation	
- Indemnités de remplacement du revenu	304 068 000
- Indemnités de décès	92 777 000
- Forfaitaires pour séquelles	32 838 000
- Préjudices non pécuniaires	58 463 000
- Réadaptation	59 812 000
- Aide personnelle	39 874 000
- Frais médicaux et paramédicaux	38 274 000
- Frais de déplacement et de séjour	13 323 000
- Transport par ambulance	8 495 000
- Information médicale	10 422 000
- Autres frais	9 118 000
Total des indemnités	667 464 000
Participation au financement	
- Coût des services de santé	88 654 000
- T.A.Q.	6 771 000
- Frais ambulanciers	48 597 000

2.2 Les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles

2.2.1 Historique

Le régime d'indemnisation des accidents du travail est, dans toutes les juridictions, le plus ancien exemple de mise au rancart du régime classique de responsabilité civile. Au XIX^{e} siècle, l'industrialisation a entraîné une hausse spectaculaire des risques reliés au travail et du nombre de travailleurs incapables d'établir la responsabilité directe de leur employeur à la suite d'un accident. L'Allemagne de Bismarck a été la première nation européenne à instaurer un régime d'indemnisation sans égard à la responsabilité en 1884, suivie par la France et l'Angleterre en 1898. Au Québec, la première loi date de 1909 et était limitée à certaines entreprises (mines, usines de transformation). Elle a été remaniée à plusieurs reprises, les étapes les plus importantes étant la création de la Commission des accidents du travail en 1931 et la refonte complète du régime en 1985, dorénavant applicable à tous les accidents du travail et aux maladies professionnelles.

Comme le disait Charles Fitzpatrick, juge en chef de la Cour suprême au début du siècle dernier : « celui qui perçoit les émoluments procurés par une machine susceptible de nuire au tiers doit s'attendre à réparer le préjudice que cette machine causera » (*Shawinigan Carbide c. Doucet*, [1909] R.C.S. 281, p. 284).

2.2.2 Champ d'application

La Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP) « a pour objet la réparation des lésions professionnelles et des conséquences qu'elles entraînent pour les bénéficiaires », comme l'édicte son article premier. La notion de lésion professionnelle, introduite en 1985, couvre les blessures qui résultent d'un accident du travail ainsi que les maladies professionnelles. Le noyau dur de la loi est constitué des blessures qui surviennent sur les lieux du travail, alors que la victime est à son travail (art. 28), ainsi que l'apparition d'une maladie qui est habituellement reliée aux risques particuliers d'un travail (art. 29). Dans ces cas, la lésion professionnelle est *présumée* et la victime n'a alors aucune autre preuve à apporter. En dehors de ces hypothèses, la loi

pourra s'appliquer mais la preuve exigée du travailleur blessé sera plus lourde : à titre d'exemple, la blessure survenue sur le terrain de stationnement de l'employeur pourra être couverte par le régime si la victime prouve qu'un « événement imprévu et soudain attribuable à toute cause » est survenu « à l'occasion de son travail » (art. 2).

À peu près tous les travailleurs salariés sont couverts par le régime d'indemnisation, incluant les travailleurs du secteur public (art. 3), mais à l'exclusion de l'athlète professionnel, du domestique et de « la personne physique engagée par un particulier pour garder un enfant, un malade, une personne handicapée ou une personne âgée, et qui ne réside pas dans le logement de ce particulier » (art. 2). Les travailleurs autonomes, les bénévoles et même les employeurs peuvent être couverts par le régime en payant la cotisation requise selon le genre de travail exercé. Les personnes employées par le gouvernement ou une entreprise *fédérale* sont visées par la Loi sur l'indemnisation des agents de l'État, qui renvoie de façon expresse (art. 4) à la loi provinciale où ils exercent habituellement leurs fonctions pour établir les indemnités auxquelles ils ont droit. Seuls les membres des Forces armées sont exclus du régime (art. 3) ; nous verrons plus loin que la Loi sur les pensions prévoit un système de protection propre à cette catégorie de personnes.

Étant donné que les employeurs financent entièrement le régime d'indemnisation, le lieu de résidence du travailleur n'a aucune importance : seul compte le fait que son employeur ait un établissement au Québec (art. 7-8) puisque cela crée automatiquement une obligation de cotiser au régime.

2.2.3 Caractéristiques du régime

Le régime est financé par les employeurs mais est, depuis 1931, administré par un organisme étatique aujourd'hui appelé la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). Il est à noter que le droit aux indemnités n'est aucunement affecté malgré le défaut de l'employeur de remplir son obligation de financement du régime (art. 26).

L’article 25 mentionne explicitement que « [l]es droits conférés par la présente loi le sont sans égard à la responsabilité de quiconque ». Le seul cas où la conduite du travailleur sera examinée sera celui où la blessure résulte uniquement de sa « négligence grossière et volontaire » (art. 27) ; même dans cette hypothèse rarissime, l’indemnité sera payable lorsque la victime est décédée ou a subi « une atteinte permanente grave à son intégrité physique ou psychique ». En fait, seuls les cas d'automutilation volontaire sans conséquences permanentes entrent dans le champ de cette limite à l'application de la loi.

En contrepartie de ce droit à une indemnisation automatique entièrement financée par l'employeur, ce dernier bénéficie d’une immunité de poursuite civile totale (art. 438-439). Cette immunité s’étend même à la commission d'un acte criminel ainsi qu'à des catégories de dommages non visées par la LATMP, tels les dommages punitifs (*Béliveau St-Jacques c. Fédération des employées et employés de services publics*, [1996] 2 R.C.S. 345). Le co-employé est également couvert par l’immunité de poursuite (art. 442), non pas en raison d’une contribution préalable et obligatoire au régime d’indemnisation, mais plutôt parce que la reconnaissance de sa responsabilité civile pourrait entraîner celle de son employeur, en vertu des règles du Code civil relatives à la responsabilité du commettant.

Puisque le régime d’indemnisation remplace le système de droit commun, les indemnités offertes au travailleur ou à ses personnes à charge doivent être d’un niveau substantiel afin de justifier le maintien de son caractère exclusif. Les indemnités et le remboursement de frais comprennent :

- les frais médicaux et paramédicaux non couverts par le régime d’assurance maladie et que la victime a dû encourir (art. 149-150). Les frais assumés par le régime public sont par ailleurs remboursés directement par la CSST ;

- les mesures de réadaptation physique et sociale (physiothérapie, adaptation du domicile et du véhicule, aide personnelle à domicile, etc.) (art. 145-165) ;

- une indemnité de remplacement du revenu non imposable correspondant à 90 % du revenu net du travailleur, le revenu brut servant de base aux calculs ne pouvant dépasser 53 500 $ pour 2003 (art. 45, 63 et 66) ;

- une indemnité pour pertes non pécuniaires (improprement appelée « indemnité pour préjudice corporel » dans la loi), calculée en fonction de l'âge de la victime et de son degré d'incapacité permanente (art. 84 et annexe II). Pour 2002, l'indemnité correspondant à une incapacité de 100 % varie entre 40 609 $ (travailleur de 65 ans et plus) et 81 214 $ (travailleur de 18 ans et moins). Il faut toutefois noter que la loi permet que l'addition des pourcentages d'incapacité dépasse 100 % ;

- en cas de décès, des indemnités sont payables aux personnes à charge. Le conjoint a droit à une rente correspondant à 55 % de l'indemnité de remplacement du revenu qui aurait été versée au travailleur s'il avait survécu (le montant mensuel maximum est de 1 690 $ en 2002), pour une durée de un à trois ans (selon l'âge du conjoint). On lui accorde également une indemnité forfaitaire variant entre 81 214 $ et 157 500 $. Les enfants mineurs ont droit à une rente mensuelle de 407 $, toujours en 2002. Enfin, les frais funéraires sont couverts en partie par l'octroi d'un montant forfaitaire (2 436 $ en 2002) (art. 92-111) ;

- en cas de survie du travailleur, la situation de ses proches est à peu près identique à celle déjà exposée pour les victimes d'accidents d'automobile : les allocations et remboursements qui leur sont accordés, par exemple pour le fait d'accompagner le travailleur lors d'une visite médicale, le sont toujours dans l'optique de favoriser la réadaptation de ce dernier et non dans le but de compenser le préjudice subi par ces victimes par ricochet.

Le tableau qui suit renferme certaines données pour l’année 2002.

Victimes de lésions professionnelles	Montant
Nombre de décès durant l’année 2002	
- accident du travail	109
- maladie professionnelle	79
Indemnisation	
- Indemnités de remplacement du revenu	512 787 000
- Indemnités de décès	39 167 000
- Indemnités pour incapacité permanente	105 941 000
- Indemnités pour pertes non pécuniaires	92 428 000
- Frais de réadaptation	50 816 000
- Indemnité de stabilisation économique et sociale	13 683 000
- Frais d’assistance médicale	262 093 000
Total des indemnités	1 427 091 000
Financement des tribunaux administratifs (T.A.Q. et C.L.P.)	40 163 000

On note que le total des indemnités versées approche le milliard et demi de dollars et que la CSST contribue au système public de soins de santé pour un montant dépassant le quart de milliard de dollars. Ces chiffres ne doivent pas nous surprendre puisque le régime d'indemnisation des accidents du travail est celui qui touche le plus grand nombre de victimes d’accidents au Québec. Pour l'année 2002, 132 485 dossiers d'accidents du travail ont été acceptés par la CSST, sans compter les 4 971 réclamations pour maladies professionnelles qui ont reçu l'aval de l'organisme d'indemnisation. Ces chiffres représentent près de cinq fois le nombre de demandes d'indemnisation soumises en vertu de l'autre grand régime québécois d’indemnisation sans égard à la responsabilité, celui des accidents d'automobile. Toutefois, les cas de blessures graves ou de décès sont beaucoup plus fréquents dans le second cas que

dans le premier (109 décès résultant d'un accident du travail en 2002 contre 703 décès résultant d'un accident d'automobile).

En ce qui concerne le financement du régime, le taux moyen de cotisation pour 2003 a été fixé à 1,93 $ par tranche de 100 $ de la masse salariale de l'employeur. Ce taux moyen représente une hausse de huit cents par rapport à 2002, mais s'inscrit dans une tendance générale à la baisse depuis 1995. Il existe 320 unités de classification qui correspondent au type d'activité économique exercée et à la dangerosité des opérations dans un secteur donné. Le nombre de réclamations déposées par les travailleurs d'un employeur a une influence directe sur son taux de cotisation de l'année suivante. Afin d'éviter d'obérer injustement certains employeurs, la loi prévoit un mécanisme de répartition des coûts d'une lésion professionnelle entre tous les employeurs cotisants lorsqu'un « travailleur déjà handicapé » est victime d'une lésion professionnelle (art. 329). Ces termes n'étant pas définis dans la loi, la jurisprudence a recours au sens usuel indiqué dans les dictionnaires, soit une déficience congénitale ou acquise des capacités physiques ou mentales d'une personne.

Il existe présentement une controverse jurisprudentielle sur la portée de cet article 329. La position majoritaire exige, pour faire jouer la disposition et répartir les coûts liés à la lésion sur tous les employeurs, que les limitations résultant du handicap aient été ressenties par le travailleur *avant* son accident et que son handicap ait eu une *incidence* sur la survenance de sa lésion professionnelle. Le courant minoritaire, plus conforme selon nous à la philosophie générale d'un régime d'indemnisation sans égard à la responsabilité, n'exige que la preuve d'une condition personnelle préexistante pouvant être en relation avec l'accident du travail, même si cette condition personnelle préexistante ne s'était pas manifestée antérieurement à l'accident du travail. La Cour d'appel a jugé que le courant majoritaire ne reposait pas sur une interprétation « clairement irrationnelle » de la loi et qu'elle ne pouvait donc intervenir dans le cadre d'une requête en révision judiciaire : *CSST c. Construction E.D.B. inc. c. CALP*, [1998] C.L.P. 1456, p. 1462-1463 (une requête en révision est différente d'un appel d'une décision, car le rôle du juge se limite alors à corriger les décisions *manifestement déraisonnables* rendues par les tribunaux administratifs spécialisés).

2.3 Les membres des Forces armées canadiennes

Le régime applicable aux membres des Forces armées ne constitue pas un régime d'indemnisation sans égard à la responsabilité comme les deux systèmes étudiés précédemment. Le régime n'est pas financé par des cotisations préalables, et il n'existe aucune immunité de poursuite dans la loi. Nous avons pourtant choisi d'en traiter ici puisqu'il possède des affinités certaines avec le régime des accidents du travail : un employeur (en l'espèce l'État canadien) accepte d'indemniser certains de ses employés à qui il fait courir un risque particulier, sans qu'il soit nécessaire d'établir au préalable sa responsabilité civile dans la survenance de l'accident ou de la maladie. De plus, ce régime d'indemnisation n'a pas vocation à s'appliquer à l'ensemble des citoyens, contrairement à ceux dont l'analyse est regroupée dans la section suivante, mais ne concerne qu'une catégorie de travailleurs et leurs proches.

2.3.1 Historique

C'est en 1917 que le Canada a mis sur pied le premier programme d'indemnisation des anciens combattants. Ce programme a été amélioré et étendu à plusieurs reprises par la suite, notamment après la Seconde guerre mondiale et en 2000. L'article 2 de la Loi sur les pensions indique clairement le fondement de ce régime d'indemnisation :

> « Les dispositions de la présente loi s'interprètent d'une façon libérale afin de donner effet à l'obligation reconnue du peuple canadien et du gouvernement du Canada d'indemniser les membres des forces qui sont devenus invalides ou sont décédés par suite de leur service militaire, ainsi que les personnes à leur charge. »

La gestion du programme est assurée par le ministère des Anciens combattants, basé à Charlottetown.

2.3.2 Champ d'application

La loi établit une distinction selon que la blessure, le décès ou la maladie est survenue en temps de guerre ou en temps de paix. Dans le premier cas (deux guerres mondiales, guerre de Corée, service dans une « zone de service spécial » tels la Bosnie et le Rwanda), il suffit que l'événement soit survenu « au cours du service militaire » (art. 21(1)a)), ce qui couvre aussi les accidents survenus en dehors des heures de travail proprement dites. Dans le second cas (par exemple un accident survenu au Canada dans un champ de tir), le réclamant devra démontrer que la blessure ou la maladie est « rattachée directement au service militaire » (art. 21(2)a)). Fait à souligner, le régime général d'indemnisation des accidents du travail n'est pas applicable aux membres réguliers des Forces armées, en vertu de l'article 3(1) de la Loi sur l'indemnisation des agents de l'État.

Les trois catégories de victimes sont, par ordre d'importance :

- les anciens combattants, pour qui le régime a été initialement mis en place. Les participants aux deux grandes guerres mondiales ainsi qu'à la guerre de Corée sont ici visés. En mars 2003, ils représentaient 49,4 % de la clientèle, et leur nombre va évidemment en décroissant : la majorité des anciens combattants encore en vie ont servi pendant la Seconde guerre mondiale (314 405 sur un total de 331 000, âge moyen de 80 ans) ;

- les survivants, ce qui comprend l'époux ou le conjoint de fait qui a survécu au décès du combattant blessé, ainsi que les enfants mineurs. Ce sont en majorité des femmes, qui représentaient 32,1 % (mars 2003) de la clientèle des anciens combattants ;

- les membres des Forces armées canadiennes blessés, tués ou atteints d'une maladie dans une « zone de service spécial » (ex-Yougoslavie, Rwanda, Afghanistan) ou encore pour un accident ou une maladie survenus au pays dans le cadre de leur service. Beaucoup plus jeunes que les représentants des deux autres

catégories, leur proportion par rapport à l'ensemble est en augmentation constante depuis une décennie (16 % en mars 2003, près de 20 % selon les prévisions en 2006).

Par le biais de retouches législatives ponctuelles, le gouvernement fédéral a étendu le régime d'indemnisation à des personnes qui, sans être membres des forces armées, ont été blessées ou tuées lors de leur participation à une guerre ou à une mission de paix : anciens combattants de la marine marchande (amendement de février 2000), membres de la Croix-Rouge canadienne et pilotes ayant transporté des avions outre-Atlantique (amendement de juin 2000). En vertu d'un protocole d'entente signé le 5 mars 2002, les membres de la Gendarmerie royale du Canada seront bientôt admissibles aux prestations et aux services du ministère des Anciens combattants. Ils représentent 1,7 % de la clientèle totale du ministère.

Fait à noter, il n'existe aucun délai pour faire une demande d'indemnisation : un soldat de la guerre de Corée peut fort bien présenter aujourd'hui une demande s'il est en mesure d'établir le lien entre son incapacité et sa participation au conflit en question.

2.3.3 Caractéristiques du régime

Le ministère des Anciens combattants consacre annuellement près d'un milliard et demi de dollars au « programme de pensions d'invalidité ». Plus de 150 000 personnes toucheraient actuellement une pension d'invalidité. Le régime est entièrement financé par le Fonds consolidé du Revenu. Le montant de la pension est établi en fonction de deux facteurs :

- le degré d'*invalidité* de la victime, ce terme étant défini comme étant « [l]a perte ou l'amoindrissement de la faculté de vouloir et de faire normalement des actes d'ordre physique ou mental » (art. 3). La transposition en chiffres de cette invalidité est faite à partir des informations contenues dans le dossier médical soumis par le réclamant, en utilisant une « Table des invalidités » établie en vertu de l'article 35(2)

de la loi (une révision de cette table est en cours depuis 1998 ; elle devrait être complétée pour l'exercice 2003-2004) ;

- le pourcentage ainsi obtenu est ensuite multiplié par une *portion* variant entre un cinquième du salaire de la victime (si le service militaire n'a joué qu'un rôle minime dans la cause ou l'aggravation de l'incapacité) à cinq cinquièmes lorsque le lien avec le service est total (par exemple, le soldat blessé par balle pendant une opération de guerre).

Le montant de la pension de base est uniforme. En 2003, une invalidité de 100 % reliée au service militaire donne droit à un montant mensuel de 1 931 $. Il s'agit donc d'un processus d'indemnisation très standardisé, où il « n'est pas tenu compte de l'occupation, du revenu ou du niveau de vie d'une personne avant qu'elle devienne membre des forces dans la détermination du montant de la pension qui lui est accordée » (art. 23). En cas d'invalidité totale, la loi prévoit une « allocation pour soins » pouvant atteindre 15 336 $ en 2003 (art. 38). De plus, les grands invalides ont droit à une « allocation d'incapacité exceptionnelle » en vertu de l'article 72 de la loi, dont le montant pour 2003 varie entre 4 090 $ et 12 269 $.

Les pensions les plus faibles (entre 1 et 4 %) sont versées sous forme forfaitaire (2 494 $ maximum en 2003), les autres par mensualités. Il est à noter que le bénéficiaire conserve son droit à la pension même s'il « a entrepris un travail ou [...] s'est perfectionné dans une profession » (art. 35(4)). Lors du décès de la victime, les pensions représentant moins de 48 % du maximum prévu sont réduites de moitié pour le conjoint survivant ; les cas plus graves (pension fixée à 48 % et plus) ouvrent la voie à une rente équivalent à 75 % d'une pension de base pour un célibataire. Aucune de ces prestations n'est imposable.

On signalera que la « mauvaise conduite » de la victime la privera de toute indemnité (art. 22 de la loi). La notion de mauvaise conduite est définie à l'art. 3(1) comme étant « la désobéissance préméditée aux ordres, le fait de se blesser délibérément soi-même et la conduite malveillante ou criminelle ».

La Loi sur les pensions ne prévoit aucune indemnité spécifique pour les douleurs, souffrances et perte de jouissance de la vie. Cette situation a été corrigée par l'entrée en vigueur, le 19 juin 2003, de la Loi d'indemnisation des militaires ayant reçu des blessures. À condition que la blessure soit attribuable au service militaire (art. 4), l'annexe de la loi prévoit des indemnités forfaitaires et non imposables variant entre 125 000 $ (ex. : perte d'un membre, de la vue) et 250 000 $ (perte de deux membres ou de deux fonctions). Cette dernière loi vise également à corriger les iniquités générées par le Régime d'assurance-revenu militaire, sorte d'assurance portant sur l'invalidité réservée aux militaires, qui n'accordait de telles indemnités qu'aux plus hauts gradés.

2.4 Conclusion sur les régimes d'indemnisation sans égard à la responsabilité

Une auteure française a parfaitement résumé l'évolution du droit de la responsabilité civile en matière d'indemnisation du préjudice corporel :

> Tous les systèmes juridiques, inspirés du droit romain ou de la common law, connaissent une évolution semblable de leur régime de responsabilité civile, d'une *responsabilité pour faute* basée sur la dette de responsabilité de l'auteur fautif des dommages, à une *responsabilité objective* axée sur la créance de réparation de la victime. Cette évolution trouve son domaine d'élection dans la réparation des accidents ayant entraîné un dommage corporel. (Lambert-Faivre : 512, n^{o} 374, nos italiques)

La responsabilité objective (basée sur le risque et non sur la faute) prend ainsi peu à peu le dessus sur le régime traditionnel de responsabilité civile. Il ne faut pas se surprendre de cette situation face aux inconvénients résultant de l'application d'une conception individualiste de la responsabilité dont nous avons traité en conclusion de la première section de ce chapitre. Dans la majorité des pays possédant une infrastructure étatique suffisamment développée, on note une nette tendance à la collectivisation du risque.

Au Québec, la logique qui a mené à une telle collectivisation du risque en matière d'accidents du travail et d'accidents d'automobile pourrait être transposée au domaine

de la responsabilité médicale et hospitalière. Dans un contexte où l'organisation des soins de santé au Québec tend à perdre sa caractéristique de relation individuelle médecin/patient, établie sur la base d'un contrat préalable (équipes d'intervention multidisciplinaires, multiplication des lieux de dispensation des services et des personnes en contact avec le malade), il serait concevable de répartir le risque d'une erreur médicale ou hospitalière sur l'ensemble des intervenants en ce domaine. Diverses études ont été menées au Québec au cours des dernières années en ce sens (notamment *l'Avis du Conseil médical du Québec* de 1998) et un registre des erreurs médicales a été mis en place en janvier 2002 par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Au moment de la publication de ce rapport (août 2003), la faisabilité d'un régime d'indemnisation sans égard à la responsabilité pour les « accidents médicaux évitables » était toujours à l'étude. En France, une loi du 4 mars 2002 a créé l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam). Cet organisme est opérationnel depuis le printemps 2003 et est chargé d'indemniser les personnes victimes d'accidents médicaux à la suite d'une complication grave d'un médicament ou d'une infection nosocomiale (contractée à l'hôpital). S'il s'agit d'un accident sans faute, l'Oniam prendra en charge l'indemnisation si le niveau d'invalidité consécutif à l'accident est supérieur à 24 %. S'il s'agit d'accident médical fautif, l'assureur du professionnel de santé mis en cause devra régler le litige.

3. Les régimes d'indemnisation basés sur la solidarité sociale

Les régimes d'indemnisation que nous allons examiner ci-après sont en apparence fort disparates : victimes d'actes criminels, de transfusions sanguines, d'actes de civisme, etc. Un facteur commun ressort pourtant lorsque l'on s'attarde aux fondements de chacun de ces régimes : la reconnaissance d'une obligation morale particulière de l'État à l'égard de certains de ses citoyens. Cette constatation est cruciale lorsque l'on cherche à comprendre pourquoi ces régimes offrent des indemnités généralement inférieures à celles prévues en droit commun de la responsabilité civile et dans les systèmes d'indemnisation sans égard à la responsabilité qui l'ont remplacé (accidents d'automobile et du travail). En l'absence d'une obligation *civile* clairement établie, il n'existe aucune pression autre que morale ou encore politique pour que ces régimes financés par des fonds publics offrent des indemnités comparables à celles qui découlent des règles traditionnelles de la responsabilité civile. De plus, les régimes que nous allons exposer ne *remplacent* pas le système traditionnel de responsabilité civile mais ne visent qu'à le *compléter* au vu de ses difficultés d'application dans certaines hypothèses d'accidents.

3.1 Les victimes d'actes criminels

3.1.1 Historique

À peu près toutes les juridictions à travers le monde se sont dotées d'un mécanisme favorisant l'indemnisation des victimes d'actes criminels. Deux motifs ont été invoqués au soutien de la mise en place d'un tel régime : le premier reconnaît à l'État un *devoir légal* de protéger ses citoyens contre le crime. Le second motif, beaucoup plus largement accepté, veut que l'État rende ainsi officielle son *obligation morale* de répondre des actes de ses citoyens les plus délinquants envers des victimes innocentes. Au Québec, c'est la Crise d'octobre qui a accéléré l'adoption de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels (LIVAC) en 1971. Une nouvelle loi a été

adoptée en 1993 mais n'est toujours pas entrée en vigueur. Nous y reviendrons à la fin de cette section.

3.1.2 Champ d'application

La victime d'un crime ou ses personnes à charge, si elle décède, ont droit à certaines indemnités lorsque les blessures résultent de la commission d'un acte criminel. Il est à noter que le terme « blessure » inclut « une lésion corporelle, la grossesse, un choc mental ou nerveux » (art. 1) En vertu de l'article 3, seuls les crimes commis au Québec sont couverts par le régime, puisque le gouvernement québécois ne se reconnaît une responsabilité que pour « ses » criminels. Cette solution est conforme à celle des législations nord-américaines, mais s'écarte de celle retenue dans la plupart des pays européens. Il est de plus nécessaire que l'acte criminel soit prévu dans l'annexe de la loi, ce qui vise tous les crimes impliquant une atteinte à l'intégrité physique (homicide, viol, voies de faits, etc.), mais exclut certains crimes contre la propriété tel le vol simple.

Certaines hypothèses particulières sont prévues : personne blessée en tentant de prévenir, de façon légale, la perpétration d'une infraction (art. 3), indemnité pour « l'entretien d'un enfant né par suite d'une agression sexuelle » (art. 5), indemnité limitée à 1 000 $ pour les dommages matériels. En général, la loi sera applicable parce qu'une personne a été blessée par la perpétration ou à l'occasion de la perpétration d'un acte criminel (art. 3 a)).

3.1.3 Caractéristiques du régime

La LIVAC ne constitue pas un régime d'indemnisation sans égard à la responsabilité. La victime qui a commis une *faute lourde* sera privée de toute indemnité (art. 20 b)), ce qui inclut les cas où elle était partie à l'infraction criminelle et où elle s'est placée dans une situation qui rendait probable la survenance de son préjudice (participation volontaire à une bagarre, appartenance au milieu de la pègre ou à un groupe de motards, etc.). Pour la période 1999-2002, 199 demandes d'indemnisation ont été en moyenne rejetées chaque année au motif de la présence d'une faute lourde de la part

du réclamant. Sur les 4 084 demandes traitées en 2002 (4 287 nouvelles ont été reçues durant la même période), seulement 2 774 ont été acceptées.

Le régime d'indemnisation est administré par la CSST, mais de façon distincte par rapport au régime des accidents du travail. Fait important, les indemnités versées ne sont pas celles prévues par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, mais plutôt celles de l'ancienne Loi sur les accidents du travail, en vigueur jusqu'en 1985 (art. 5 LIVAC). Les indemnités prévues dans l'ancienne loi étant beaucoup plus restreintes que dans la nouvelle, cela signifie, à titre d'exemples, que les indemnités pour souffrances et douleurs sont tout simplement inexistantes pour les victimes d'actes criminels et que les indemnités de décès sont très faibles (par exemple, le décès d'un enfant mineur donne droit à une indemnité de 2 000 $ à ses parents).

Il est vrai que les pertes salariales peuvent être indemnisées jusqu'à concurrence de 90 % du revenu net de la victime : une telle approche, purement économique, a toutefois des conséquences désastreuses pour une bonne partie de la clientèle de la Commission, qui ne se trouvait pas sur le marché du travail au moment où elle fut victime de l'acte criminel. Ainsi, pour l'année 2002, 30 % des victimes étaient âgées de moins de 18 ans, sans oublier le fait qu'une proportion significative des victimes adultes proviennent de milieux défavorisés où le taux de non-emploi est élevé (on estime que deux personnes sur trois n'étaient pas sur le marché du travail au moment où l'acte criminel a été commis). Dans le meilleur des cas, ces victimes recevront une indemnité correspondant à 90 % du salaire minimum. En fait, le poids des rentes pour incapacité temporaire et incapacité permanente dans l'ensemble du budget de la LIVAC est environ deux fois plus faible que dans le cadre des régimes d'indemnisation des accidents d'automobile et du travail. Le montant de la rente dépend principalement du degré d'incapacité de la victime, établi à la suite d'une évaluation médicale.

En revanche, les mesures de réadaptation offertes à la victime d'un acte criminel sont similaires à celles applicables aux victimes d'accidents du travail. Cela comprend autant la réadaptation physique (par exemple, les frais de physiothérapie) que la réadaptation

sociale de la victime, tel l'aménagement de son domicile ou de son poste de travail. Il s'agit ici de l'un des avantages majeurs du régime d'indemnisation par rapport au régime « général » offert par le réseau de la santé, puisque ces mesures sont appliquées sans délai ni liste d'attente.

Les indemnités sont puisées à même le Fonds consolidé du Revenu (art. 26) : en pratique, les programmes budgétaires relevant des ministères de la Justice et des Relations avec les citoyens et de l'immigration se partagent le financement du régime. Dans les 30 premières années d'existence du régime (1972-2002), 575 millions de dollars ont été versés à 40 643 victimes d'actes criminels. Pour l'année 2002 seulement, 47 millions de dollars ont été octroyés en indemnités et remboursements de frais aux victimes d'actes criminels.

Le caractère inadapté des indemnités par rapport à la clientèle a été remarqué depuis longtemps, et des pressions ont été exercées afin que l'on modernise la loi. Pour répondre à ces attentes, le gouvernement du Québec a adopté, en décembre 1993, la Loi sur l'aide et l'indemnisation des victimes d'actes criminels. Cette nouvelle législation calque les indemnités et remboursements de frais sur le régime des accidents d'automobile, ce qui représente une bonification substantielle du régime. La loi n'est toutefois jamais entrée en vigueur, principalement en raison des coûts reliés à son application. On touche ici un problème fondamental, propre à tous les systèmes d'indemnisation : à défaut d'un financement préalable par l'acquittement d'une prime ou d'une taxe particulière, ces régimes peuvent difficilement offrir des indemnités importantes aux victimes.

Personne n'acquitte une prime d'assurance pour se protéger des conséquences de ses actes criminels. Cela explique que les recours contre le criminel devant les tribunaux ordinaires soient possibles (art. 8 et 10). Ces recours sont en pratique très rares (quelques-uns par année), et la CSST n'exerce plus depuis des années le recours en remboursement contre le criminel que la loi lui accorde pourtant (art. 9) : l'insolvabilité des défendeurs et le coût d'une poursuite civile expliquent ce phénomène.

Le tableau suivant fournit les principales données pour la période 1999-2002.

Quelques statistiques relatives aux victimes d'actes criminels

	1999	2000	2001	2002
Nombre de demandes				
- 0 – 17 ans			722	833
- 18 – 35 ans			902	942
- 35 – 64 ans			856	907
- 65 ans et +			110	92
- Femmes			1 388	1 521
- Hommes			1 202	1 253
Demandes acceptées	2 326	2 590	2 597	2 774
Demandes rejetées	785	816	864	796
- Présence d'une faute lourde	214	229	193	159
- Absence de preuve d'un acte criminel	222	274	303	267
- Prescription du recours	82	59	78	56
- Autres	267	254	290	314
Dossiers fermés				
- Désistement du réclamant	62	81	66	88
- Désintéressement du réclamant	462	359	475	426
Nature des prestations (en millions de dollars)				
- Assistance médicale	7,82	8,98	10,22	11,76
- Incapacité temporaire	7,39	9,24	11,97	15,22
- Allocations spéciales	0,03	0,03	0,03	0,03
- Frais funéraires	0,03	0,04	0,04	0,04
- Incapacité permanente des victimes et rentes aux personnes à charge	16,24	17,58	18,89	19,96
Total des prestations	31,51	35,87	41,15	47,01

3.2 Les personnes blessées en accomplissant un acte de civisme

3.2.1 Historique

Lors de l'adoption de la Charte des droits et libertés de la personne en 1975, le législateur a prévu une obligation de « porter secours à celui dont la vie est en péril, personnellement ou en obtenant du secours, en lui apportant l'aide physique nécessaire et immédiate, à moins d'un risque pour elle ou pour les tiers ou d'un autre motif raisonnable » (art. 2). En corollaire à cette obligation légale, la Loi visant à favoriser le civisme est venue imposer, deux ans plus tard, une obligation pour le gouvernement d'indemniser la personne qui subit un préjudice en tentant de porter secours à autrui. Depuis un quart de siècle, le législateur tente de développer le sens civique des Québécois, et la Loi visant à favoriser le civisme constitue la pièce maîtresse de cette politique. À cela est venu s'ajouter, depuis le 1er janvier 1994, une immunité de poursuite civile protégeant « [l]a personne qui porte secours à autrui […] pour le préjudice qui peut en résulter, à moins que ce préjudice ne soit dû à sa faute intentionnelle ou à sa faute lourde » (art. 1472 du Code civil du Québec).

3.2.2 Champ d'application

La loi est applicable au « sauveteur qui subit un préjudice » (art. 2), personne définie dans la loi comme étant « celui qui, bénévolement, porte secours s'il a un motif raisonnable de croire que la vie ou l'intégrité physique d'une personne est en danger » (art. 1 g)). En vertu d'un renvoi législatif exprès, la loi est également applicable à « celui qui, à la demande d'une personne autorisée, apporte gratuitement son aide lors d'un sauvetage » et est blessé : art. 43.1 de la Loi sur la protection des personnes et des biens en cas de sinistre.

3.2.3 Caractéristiques du régime

Le fonctionnement du régime possède plusieurs points communs avec celui applicable aux victimes d'actes criminels. Le régime est administré par la CSST et les indemnités

sont prises à même le Fonds consolidé du revenu (art. 27). Par ailleurs, les indemnités versées sont celles prévues dans l'ancienne loi sur les accidents du travail (art. 1e)) et la victime doit présenter sa demande dans l'année qui suit la survenance du préjudice (art. 3) ; elle conserve son droit d'intenter une poursuite civile contre le responsable potentiel de son préjudice (art. 12) puisqu'il n'existe aucune mesure de financement préalable du système. Enfin, comme pour la LIVAC, certains dommages matériels pourront être remboursés par la CSST (ex. : vêtements endommagés) jusqu'à concurrence d'un montant de 1 000 $ (art. 1e) de la Loi visant à favoriser le civisme).

Tout comme la LIVAC, on ne peut classer la Loi visant à favoriser le civisme dans les régimes d'indemnisation sans égard à la responsabilité. La possibilité d'intenter une poursuite devant les tribunaux ordinaires, contre le responsable potentiel de son préjudice, en est une première preuve. De plus, même si la notion de faute lourde est inapplicable à défaut d'une disposition législative semblable à celle de l'article 20b) de la LIVAC, l'article 20 de la Loi visant à favoriser le civisme mentionne que les « dispositions de la Loi sur les accidents du travail non incompatibles avec la présente loi s'appliquent, en les adaptant ». Ainsi, la notion d'« imprudence grossière et volontaire » prévue dans cette dernière loi (art. 3b)) pourrait, en théorie, être invoquée à l'encontre de la réclamation du sauveteur et le priver de toute indemnité.

La lecture du *Rapport annuel d'activité 2002* nous apprend que le nombre de demandes d'indemnisation est relativement constant : 39 demandes de prestations ont été étudiées en 1999, 51 en 2000, 41 en 2001 et 32 en 2002. Le nombre de demandes rejetées est toujours faible, entre deux et six par année. Par ailleurs, après un quart de siècle d'existence, la CSST a versé près de 8 millions de dollars en indemnités diverses aux victimes d'actes de civisme. Pour l'année 2002, cela représente un montant de 643 673 $.

3.3 Les victimes de l'application d'un programme d'immunisation

3.3.1 Historique

Le régime d'indemnisation pour les victimes de l'application d'un programme d'immunisation constitue le dernier système complet mis en place par le gouvernement québécois, par une loi votée en décembre 1985. Il résulte directement d'une décision fort médiatisée de la Cour suprême rendue la même année (*Lapierre c. Québec [Procureur général])*, [1985] 1 R.C.S. 241), qui avait refusé d'indemniser une enfant rendue invalide à la suite de la réception d'un vaccin contre la rougeole. Renversant la décision de première instance sur ce point, la Cour d'appel et la Cour suprême avaient rejeté toute idée d'une responsabilité (en l'espèce du ministère de la Santé) sans preuve d'une conduite fautive dans le choix du vaccin et de ses modalités d'administration à la population.

Les articles 16.1 à 16.10 de la Loi sur la protection de la santé publique ont constitué la réponse de l'État au malaise créé dans la population à la suite de cette décision, où la victime innocente de l'application d'un programme de vaccination qui profitait à tous devait assumer seule les conséquences désastreuses de la réception du vaccin. On notera qu'aucune obligation, autre que morale ou politique, ne forçait le gouvernement alors en place à agir : en vertu des principes de la responsabilité civile, c'est davantage ceux qui créent le risque et qui en tirent un profit, en l'espèce les compagnies pharmaceutiques, qui devraient assumer les conséquences de ces coups du sort. C'est d'ailleurs la solution retenue en Suède depuis 1978. Le régime en vigueur au Québec ne connaît pas d'équivalent dans les autres provinces canadiennes. Les articles originaux sont devenus les articles 70 à 78 de la Loi sur la santé publique en 2001, sans aucun changement de fond.

3.3.2 Champ d'application

Le régime d'indemnisation est applicable à la « victime d'un préjudice corporel causé par une vaccination volontaire contre une maladie ou une infection […] ou causée par

une vaccination imposée » (art. 71). Le législateur québécois va ainsi plus loin que son homologue français qui, en janvier 1985, avait adopté un régime semblable mais cependant limité aux hypothèses de « vaccination obligatoire » (art. L. 10-1 du Code de la santé publique).

La notion de victime est elle-même largement définie de la façon suivante : « la personne vaccinée, la personne qui contracte la maladie d'une personne vaccinée ou le fœtus de l'une ou l'autre de ces personnes ou, s'il y a décès, la personne qui a droit à une indemnité de décès » (art. 70 par. 1). Il n'existe aucune limite en ce qui concerne les vaccins visés par le programme d'indemnisation.

Fait rarissime, la loi adoptée à la suite de l'affaire *Lapierre* était d'application rétroactive « à l'égard de toute victime dont la cause d'action a pris naissance avant le 20 juin 1985 », ce qui a permis d'indemniser plusieurs victimes immunisées dans les années précédant l'entrée en vigueur de la loi.

3.3.3 Caractéristiques du régime

Les indemnités versées sont celles prévues dans la Loi sur l'assurance automobile, en vertu d'un renvoi exprès fait par l'article 72 de la Loi sur la santé publique. C'est d'ailleurs la SAAQ qui a été chargée de l'administration complète du régime entre 1987 (date de la mise en application effective du régime) et 1992. Depuis ce temps, la Direction de la protection de la santé publique juge de l'admissibilité du réclamant au programme d'indemnisation : lorsqu'elle accepte une réclamation, le dossier est alors transféré à la SAAQ qui assure le suivi (établissement d'un programme personnalisé de soins et de réadaptation, versement des indemnités). Il est important de noter que les sommes versées proviennent du Fonds consolidé du revenu et non des primes d'assurance perçues par la SAAQ.

L'administration du vaccin et la réaction imprévue qui en résulte représentent le fait accidentel ouvrant la voie à une indemnisation « sans égard à la responsabilité de quiconque », comme l'édicte l'article 71 de la loi. L'emploi des termes « sans égard à la

responsabilité de quiconque » et le renvoi exprès aux mesures d'indemnisation prévues dans la Loi sur l'assurance automobile rendent attrayant le rapprochement entre les deux régimes. Pourtant, ce rapprochement n'est qu'apparent, car il existe des différences fondamentales quant à la nature des régimes en présence :

- il n'existe aucune mesure de financement préalable dans le cas du programme d'immunisation, que ce soit par la perception d'une prime ou d'une cotisation ;

- le droit d'intenter une poursuite civile contre le responsable du préjudice n'est aucunement exclu (art. 74) : à défaut d'une sortie de fonds préalable, les compagnies pharmaceutiques, médecins et autres responsables potentiels du préjudice ne sont pas protégés par une immunité de poursuite.

Le régime d'indemnisation mis en vigueur par la Loi sur la santé publique occupe une place à part dans le paysage législatif québécois. Il s'agit en effet du seul régime qui octroie une indemnisation substantielle, tant au niveau des services médicaux et paramédicaux requis que de la perte de revenus, sans financement distinct et préalable, tout en étant applicable sans égard à la responsabilité de quiconque, ce qui élimine entre autres la notion de faute de la victime. Le petit nombre de victimes indemnisées en vertu du régime constitue un facteur primordial dans toute recherche d'explication de sa viabilité financière. Depuis la mise en place du régime en 1987, environ trois millions de dollars ont été versés en indemnités, dont 440 000 $ pour les années 2002 à 2003. En juin 2003, il n'y avait plus que huit dossiers actifs gérés par la SAAQ (aucun nouveau dossier depuis 2000). Environ 80 % des demandes d'indemnisation ont été à ce jour rejetées, le plus souvent en raison du trop long délai écoulé ou parce que la victime est incapable d'établir un *lien causal* suffisant entre l'immunisation et sa condition physique.

En pratique, l'établissement d'une relation causale entre l'immunisation et le nouvel état de santé de la victime n'est pas aussi simple qu'il n'y paraît de prime abord. Contrairement à la situation vécue en matière d'accidents d'automobile, où les tribunaux ont jugé que le critère du lien de causalité devait être apprécié de façon

beaucoup plus souple qu'en droit commun, la Direction de la protection de la santé publique et les tribunaux administratifs ont refusé de suivre une voie semblable. La cause type en ce domaine a été rendue en 1994 par la Commission des affaires sociales, où l'on a jugé que la victime avait le fardeau de prouver qu'il existait « un lien de causalité logique et plausible entre le vaccin DCT et les problèmes neurologiques qui ont affecté L…D… » (*Services de santé et services sociaux-13*, [1994] C.A.S. 737, p. 751). À défaut de remplir leur fardeau de preuve par « prépondérance des probabilités », la demande d'indemnisation des parents d'une enfant affectée de graves séquelles neurologiques fut rejetée, entraînant dans le même sort une dizaine de dossiers similaires.

3.4 Les victimes de l'hépatite C

3.4.1 Historique

À la suite du scandale du sang contaminé et du rapport de la commission Krever, les deux paliers de gouvernement ont subi des pressions afin d'offrir une forme de compensation aux milliers de victimes de l'hépatite C. Deux programmes distincts ont été mis en place, le programme fédéral étant beaucoup plus généreux que le système mis en place par le gouvernement québécois.

La situation canadienne n'est pas unique au monde : en France, le « scandale du sang contaminé » a amené la création d'un Fonds d'indemnisation des transfusés et hémophiles, en vertu d'une loi votée le 31 décembre 1991. Toutefois, la loi française ne concerne que les victimes du sida par le V.I.H. et non les victimes de l'hépatite C. Autre point de divergence, les indemnités ne sont pas standardisées et plafonnées comme au Canada, mais obéissent plutôt aux règles habituelles du droit commun de la responsabilité civile.

3.4.2 Champ d'application

Le programme québécois s'applique aux personnes ayant contracté l'hépatite C avant le 1er janvier 1986 et entre le 1er juillet 1990 et le 27 septembre 1998. Sont exclus du programme les utilisateurs de drogues par injection, à moins de prouver qu'ils ont vraiment contracté la maladie à la suite d'une transfusion sanguine (pour un exemple de refus basé sur ce motif : *N.R. c. Régie de l'assurance maladie du Québec*, [2002] T.A.Q. 852). Les fichiers conservés par les hôpitaux ont permis de reculer jusqu'en 1960 afin de détecter les victimes potentielles de l'hépatite C. La preuve d'une transfusion sanguine à l'origine de l'infection est « une condition essentielle pour être admissible au programme d'aide » : *F.T. c. Régie de l'assurance maladie du Québec*, [2002] T.A.Q. 949.

Le programme fédéral, qui résulte de la Convention de règlement des recours collectifs des victimes de l'Hépatite C 1986-1990, s'adresse aux personnes ayant contracté la maladie entre le 1er janvier 1986 et entre le 1er juillet 1990. Il concrétise un règlement intervenu entre le gouvernement et les requérants qui avaient présenté six recours collectifs distincts au cours des dernières années au Québec, en Ontario et en Colombie-Britannique. Le règlement a été conclu le 15 juin 1999 et entériné par des instances judiciaires de chacune des provinces visées, qui avaient été chargées de vérifier le caractère raisonnable et équitable de l'accord intervenu (pour le Québec, voir le jugement de la Cour supérieure *Page c. Canada [Procureur général]*, [1999] R.J.Q. 2709). Les personnes qui désiraient s'exclure du règlement afin de continuer leurs poursuites civiles devaient le faire avant le 31 janvier 2001. En raison de l'absence de disponibilité immédiate de certains formulaires de demande d'indemnisation, le délai de deux ou trois ans pour présenter une demande (selon que la victime soit décédée ou non) n'a commencé à courir que le 12 mars 2001, à la suite d'une décision de la Cour supérieure rendue le 11 janvier 2002 : *Honhon c. Canada (Procureur général)*, C.S. Mtl no 500-06-000016-960, par. 6 et s.

3.4.3 Caractéristiques des deux régimes

Au Québec, le régime d'indemnisation a été simplifié au maximum : une indemnité forfaitaire de 24 500 $ est versée à toute personne qui remplit les conditions d'admissibilité décrites ci-dessus. À la fin de 2001, sur le millier de demandes d'indemnisation reçues, près de 60 % avaient été acceptées et un autre 10 % d'entre elles avaient été acheminées au fédéral (victimes infectées entre 1986 et juillet 1990). La modicité des montants offerts s'explique par le fait que le gouvernement québécois pouvait difficilement être recherché en responsabilité civile par ces victimes : il s'agit tout au plus d'une forme d'aide volontaire consentie par l'État québécois.

En revanche, au niveau fédéral, le programme est beaucoup plus complet et comporte six niveaux d'indemnisation. Afin de donner un aperçu du fonctionnement du régime, nous nous contenterons de rapporter ici les niveaux minima et maxima d'indemnisation offerts en vertu du règlement :

- niveau 1 : vise le réclamant dont le seul préjudice résulte de la présence dans son sang d'anticorps contre le virus de l'hépatite C (VHC). Un montant initial de 10 000 $ lui sera versé et le programme lui remboursera toutes les dépenses engagées pour le traitement du virus (ex. : médicaments non assurés, frais de déplacement pour des consultations médicales) ;

- niveau 6 : vise le réclamant qui a reçu une transplantation du foie ou qui est atteint d'une maladie grave tel le cancer du foie ou une insuffisance rénale. Ce réclamant aura évidemment droit au remboursement de tous les soins médicaux et paramédicaux reliés à son état, ce qui inclut les soins infirmiers à domicile jusqu'à concurrence de 50 000 $ par année. Les médicaments (1 000 $ par mois) et les dépenses engagées pour des consultations médicales (déplacements, repas) sont également couverts. Le réclamant aura droit à une indemnité pour « perte de services domestiques » (240 $ maximum par semaine) ou, s'il occupait un emploi au moment de la survenance de sa maladie, à une indemnité correspondant à 70 % de son revenu *net* (le revenu *brut* maximal servant de base de calcul à cette indemnité

est fixé à 75 000 $). Enfin, une indemnité forfaitaire de 100 000 $ est prévue pour compenser tous les inconvénients résultant de la détérioration significative de son état de santé.

La Convention de règlement prévoit qu'une « requête pour directives » peut être présentée devant les tribunaux de chacune des provinces concernées, afin de réviser certaines parties de l'entente tel le montant des indemnités prévues pour les diverses classes de victimes. C'est ce qui s'est produit à l'été 2002 en ce qui concerne les victimes de Niveau 2, où les tribunaux ont rendu une ordonnance en vue d'autoriser le paiement anticipé d'une somme de 5 000 $ qui ne devait être versée qu'ultérieurement (voir *Honhon c. Canada* [*Procureur général]*, C.S. Mtl n^{o} 500-06-000016-960, 11 juillet 2002, par. 32). Cette dernière décision renferme des statistiques intéressantes :

> L'expérience réelle en date du 31 décembre dernier [2001] indique que seulement 2 967 réclamations sur les 8 238 réclamations prévues ont été soumises pour paiement. De celles-ci, 1 762 ont été approuvées pendant que 1 205 autres sont à l'étude. Un certain pourcentage de ces dernières sera probablement rejeté. Le taux de rejet moyen est actuellement de 22 %, ce qui pourrait se traduire par un total combiné d'environ 2 700 réclamants approuvés ou qui devraient l'être chez les transfusés. (par. 19)

Le règlement entériné possède malgré tout plusieurs avantages par rapport aux aléas d'un recours devant les tribunaux ordinaires : versement rapide des indemnités, élimination des frais judiciaires et extrajudiciaires, réévaluation constante de l'état de santé de la victime et possibilité d'obtenir de nouvelles indemnités dans l'avenir (une expertise médicale concluante lui permettra de changer de « niveau » de réclamation). Il n'en demeure pas moins que « [m]algré la publicité générée à l'égard des recours collectifs impliquant les réserves de sang au Canada et les campagnes de publicité, l'on constate que moins du tiers des réclamants prévus s'est présenté à date » (par. 20 du jugement précité). En juin 2003, 324 millions de dollars avaient été remis aux victimes, ce qui représente moins du tiers du 1,17 milliard de dollars alloués à ce programme.

Lorsqu'une personne aurait été admissible au programme mais qu'elle est décédée en raison du VHC *avant* d'avoir pu produire une demande d'indemnisation, sa succession

a droit à un montant forfaitaire de 50 000 $ et au remboursement des frais funéraires non assurés jusqu'à concurrence de 5 000 $.

3.5 Conclusion sur les régimes d'indemnisation fondés sur la solidarité sociale

Malgré leur caractère disparate, les régimes d'indemnisation analysés dans le cadre de cette section ont un point en commun : la reconnaissance *juridique* d'une responsabilité *morale* de l'État vis-à-vis certains de ses citoyens. On remarque que la générosité du régime s'accentue à mesure que la probabilité d'une éventuelle responsabilité *civile* de l'État augmente : la comparaison entre les indemnités consenties par les deux paliers de gouvernement aux victimes de l'hépatite C est révélatrice à cet égard. Alors que le programme fédéral concerne la période (1986-1990) où l'on estime que les responsables auraient eu les moyens de prévenir la contamination, le programme québécois vise les victimes contaminées à d'autres époques, où la responsabilité civile du gouvernement n'est absolument pas susceptible d'être engagée.

On pourrait multiplier les exemples de ce genre. Ainsi, la compensation accordée aux « orphelins de Duplessis » a consisté en « un montant forfaitaire de 10 000 $ auquel s'ajoute un montant de 1 000 $ par année d'internement » (art. 3 du Décret 1153-2001 du 26 septembre 2001), malgré un intense battage médiatique. Cela s'explique par le fait que la responsabilité gouvernementale est beaucoup plus morale que juridique : des poursuites individuelles et un recours collectif intentés au nom des orphelins de Duplessis avaient déjà été rejetés par les tribunaux, notamment en raison du délai écoulé depuis la survenance des événements reprochés (voir entre autres le jugement de la Cour supérieure *Kelly c. Communauté des Sœurs de la charité de Québec*, J.E. 95-1875).

Cela peut également expliquer pourquoi les victimes de l'application d'un programme d'immunisation bénéficient d'indemnités identiques à celles des victimes de la route, alors que les victimes d'actes criminels attendent depuis près d'une décennie l'entrée en vigueur d'une loi prévoyant leur accorder le même niveau d'indemnisation : dans le

premier cas, il existe au moins une possibilité d'engager la responsabilité civile de l'État dans l'administration d'un programme de vaccination, alors qu'une telle possibilité apparaît pour le moins utopique en ce qui concerne les victimes d'actes criminels.

C'est donc la probabilité plus ou moins grande d'un engagement de notre responsabilité civile qui dicte en bonne partie la mesure de l'indemnisation offerte aux victimes concernées. Plus cette probabilité augmente et plus le programme d'indemnisation devra être généreux, afin d'éviter que des pressions ne soient exercées dans le but de retourner aux règles traditionnelles de la responsabilité civile et aux tribunaux ordinaires. La situation vécue au Québec n'est pas différente de celle observée ailleurs dans le monde. Elle explique, sans nécessairement le justifier, que les victimes d'accidents soient généralement mieux traitées que les victimes de maladies. Le chapitre qui suit permettra de mesurer l'ampleur de cet écart.

CHAPITRE 2 – Les mesures attachées au statut de personne handicapée ou invalide

À côté des régimes d'indemnisation dont l'application est tributaire de la survenance d'un fait accidentel précis, il existe d'autres systèmes, généralement moins généreux sur le plan financier, qui sont offerts à la personne handicapée sans égard à la cause de son incapacité : déficience d'origine congénitale, maladie, accident. Ces régimes sont multiples et extrêmement variés : programmes publics ou privés financés par un groupe particulier de citoyens (ex. : les travailleurs), programmes universels ou sectoriels financés par l'assiette générale des impôts. On peut ici parler d'un véritable capharnaüm de programmes dont on cherchera en vain la logique d'ensemble. L'État est souvent présent en étant responsable de la totalité du programme (financement et gestion), quoique son intervention se limite parfois à en assurer sa gestion (ex. : de la Régie des rentes). Par ailleurs, le secteur privé occupe une place non négligeable avec les assurances portant sur l'invalidité. Tout cela rend difficile la présentation synthétique et structurée de ces programmes. On peut toutefois les distinguer au moins formellement selon qu'ils octroient des prestations en espèces au bénéficiaire (section 1) ou qu'ils privilégient l'indemnisation sous forme de prestations en services (section 2).

1. Les prestations en espèces

La survenance d'une invalidité, temporaire ou permanente, peut ouvrir la porte à toute une série de prestations en argent pour la victime. À titre d'exemple, le jeu combiné des articles 12(3) et 18 de la Loi sur l'assurance-emploi permet à un salarié, à certaines conditions, de recevoir pendant une période maximale de 15 semaines des prestations lorsqu'il devient « incapable de travailler par suite d'une maladie [ou] d'une blessure ». Dans le cadre de ce rapport, nous nous contenterons de résumer les programmes les plus importants en termes financiers.

On a vu, dans le premier chapitre de ce rapport, que l'existence ou non d'un financement préalable permet d'expliquer en bonne partie le caractère plus ou moins généreux des mesures d'indemnisation applicables lorsqu'une personne est victime d'un accident. La situation est identique dans les régimes de compensation sans égard à la cause : le prélèvement de cotisations particulières entraînera le versement de prestations beaucoup plus intéressantes (section 1.1) que dans les hypothèses où le système est financé à même l'assiette générale des impôts (sections 1.2 et 1.3).

1.1 Les rentes d'invalidité offertes aux travailleurs

Les secteurs public et privé se partagent au Québec le champ des rentes d'invalidité. La Régie des rentes du Québec a mis sur pied un régime de base qui peut être complété par le recours à une assurance privée. Bien que ces régimes donnent droit à des prestations sans égard à la cause de l'incapacité ou de l'invalidité, on soulignera que leur application demeure limitée aux personnes qui sont (ou du moins qui ont déjà été) sur le marché du travail.

1.1.1 La Régie des rentes du Québec

La Régie des rentes du Québec a été créée en 1966 avec l'objectif fondamental de gérer les cotisations des travailleurs québécois en vue de l'obtention d'une rente de retraite décente. Après une décennie d'études, le fédéral avait décidé de mettre sur

pied un programme national de pensions de retraite. Exerçant le droit de retrait (*opting-out*) qui lui avait été consenti, le Québec choisit d'établir son propre régime de rentes, calqué sur le régime fédéral. Encore aujourd'hui, les deux régimes sont soumis aux mêmes grands principes en ce qui concerne le financement et la détermination des bénéficiaires, quoiqu'il existe maintenant des différences dans leur fonctionnement (établissement de l'invalidité, processus d'appel, etc.).

Dès la mise en place du régime québécois, en janvier 1966, on a prévu la possibilité de verser une rente au travailleur devenu invalide à la suite de la maladie ou d'un accident, en attendant qu'il ait atteint l'âge d'admissibilité à la rente de retraite (65 ans). La notion d'invalidité est définie à l'article 95 de la Loi sur le régime de rentes du Québec et vise la personne « atteinte d'une invalidité physique ou mentale grave et prolongée ». Ces deux derniers qualificatifs sont précisés dans les alinéas suivants du même article :

- « Une invalidité n'est grave que si elle rend la personne régulièrement incapable de détenir une occupation véritablement rémunératrice » ;
- « Une invalidité n'est prolongée que si elle doit vraisemblablement entraîner le décès ou durer indéfiniment ».

À la lecture de ces définitions, on réalise que des critères de *gravité* et de *permanence* de la détérioration de l'état de santé du travailleur conditionnent le droit à l'obtention de la rente d'invalidité. Au cours des dernières années, la jurisprudence a évolué vers une prise en considération de facteurs socio-économiques dans l'évaluation de la situation de la personne invalide. Cette nouvelle approche dite « the real world approach » depuis une décision de la Cour d'appel fédérale ayant eu à interpréter la disposition identique du Régime de pensions du Canada (*Villani c. Canada [Procureur général]*, C.F.A. A-245-00, 3 août 2001), a été suivie par la Cour d'appel du Québec dans l'interprétation de l'article 95 de la loi québécoise :

> En vertu de la Loi sur le régime de rentes du Québec, l'évaluation de l'invalidité repose principalement sur l'analyse de la nature et de l'ampleur des limitations fonctionnelles révélées par le dossier médical. Cette analyse ne doit toutefois pas conduire à une conclusion purement

> théorique qui ne repose aucunement sur la possibilité réelle d'occuper régulièrement un emploi rémunérateur compte tenu de l'historique de travail, de la formation et des aptitudes de la personne qui réclame une rente d'invalidité. (*Régie des rentes du Québec c. Nascimento*, [2002] R.J.Q. 322 (C.A.), par. 31)

La Cour a toutefois pris soin d'ajouter que « [l']âge et les difficultés de trouver un emploi respectant les restrictions fonctionnelles ne peuvent être considérés indépendamment du dossier médical qui demeure primordial » (par. 33).

À cette exigence de nature médicale s'ajoute une condition liée au statut de cotisant. En effet, il faut avoir contribué au régime de rentes du Québec pour une période minimale de deux ans, la loi prévoyant trois périodes de référence pour établir le montant de la rente et appliquant celle qui se révèle la plus favorable pour la victime : deux des trois dernières années (art. 106 a)), cinq des dix dernières années (art. 106 b)) ou la moitié du nombre total des années de cotisations (art. 106 c)). Les dispositions actuellement en vigueur sont le fruit d'un jeu d'influence réciproque entre le régime de rentes du Québec et le régime de pensions du Canada :

> In 1987, for example, the Canadian Pension Plan raised the flat-rate component of the disability benefit to match the Québec Pension Plan. That same year, the federal government introduced the two-of-three years rule for eligibility for the disability benefit ; the Québec Pension Plan followed suit but only in 1993. (Storjman: 36)

La rente d'invalidité se compose d'une prestation mensuelle de base (370 $ en 2003), à laquelle s'ajoute un montant représentant 75 % de la rente de retraite autrement calculée (la rente de retraite correspond à 25 % des gains moyens du travailleur pour la période de référence retenue). Pour l'année 2003, la rente maximale a été fixée à 971 $ par mois. Un délai de carence de trois mois est prévu, ce qui signifie que le bénéficiaire ne pourra toucher sa rente qu'à partir du quatrième mois qui suit la reconnaissance de son invalidité. Ces données sont identiques, à quelques sous près, à celles utilisées dans le cadre du régime de pensions du Canada. À la différence du Québec, le régime fédéral a développé, depuis 1995, un programme intitulé « Vocational Rehabilitation

Program » dont une des composantes prévoit que la rente d'invalidité peut continuer à être versée pendant trois mois au bénéficiaire qui retourne sur le marché du travail.

Si le cotisant devenu invalide a des enfants mineurs, ceux-ci recevront une rente mensuelle (59 $ en 2003) pour atténuer les effets de la perte de rémunération du cotisant, dorénavant incapable de travailler. Cette rente mensuelle accordée aux enfants (moins de 18 ans) est identique dans l'hypothèse du décès du cotisant. Son conjoint aura alors droit à une somme forfaitaire de 2 500 $, à laquelle s'ajoutera une rente mensuelle fixée en fonction de son âge, de la présence ou non d'enfants à charge et du nombre d'années pendant lesquelles le travailleur décédé a cotisé au régime. En 2003, les rentes mensuelles maximales oscillaient entre 395 $ (conjoint survivant de moins de 45 ans sans enfant à charge) et 700 $ (conjoint survivant âgé entre 55 et 64 ans).

Il y avait 59 151 bénéficiaires québécois de la rente d'invalidité au 30 juin 2003. La rente mensuelle moyenne versée par la Régie était de 740 $. On remarque que près du quart de ces bénéficiaires ont été déclarés invalides pour des « troubles mentaux » (13 587) alors qu'à peine 6 % d'entre eux l'ont été à la suite d'un accident (3 615). Cela permet de donner une bonne idée des coûts qui résultent de l'implantation d'un régime d'indemnisation non limité aux seules hypothèses d'accidents.

Suivant une logique d'universalité du régime, la Régie des rentes du Québec verse ces indemnités sans prendre en considération le fait que la personne invalide reçoive une autre forme de compensation. Ainsi, la personne gravement blessée dans un accident nautique pourra obtenir du responsable de l'accident une indemnité couvrant la totalité de ses pertes salariales futures, et ce montant ne pourra être réduit pour tenir compte de la rente d'invalidité versée par la Régie. Il en va de même lorsque la victime bénéficie d'une assurance privée telle une assurance invalidité : la Régie est ce que l'on appelle un « premier payeur » et elle ne peut diminuer le montant de la rente en raison des prestations d'assurance reçues par la victime. La seule exception à cette règle concerne les victimes d'accidents du travail, situation sur laquelle nous reviendrons dans le dernier chapitre de cette première partie.

Les prestations d'invalidité versées par la Régie des rentes du Québec, tout comme celles accordées en vertu du régime fédéral de pensions, sont imposables. Le régime est financé à parts égales par les salariés et leurs employeurs. En 2003, le taux de cotisation est de 9,9 % (4,95 % pour le salarié, 4,95 % pour son employeur) pour la partie du salaire comprise entre l'exemption générale de 3 500 $ et le maximum des gains admissibles de 39 900 $, ce qui donne une cotisation maximale de 1 801,80 $ de la part du salarié. Les travailleurs autonomes ont la possibilité de contribuer au régime en versant l'équivalent de 9,9 % de leur revenu admissible. Le taux de cotisation a été substantiellement augmenté à partir de 1998 (il était de 5,85 % en 1997), et on estime qu'il devrait se stabiliser aux alentours de 10 % à partir de 2003.

1.1.2 Les régimes privés d'assurance

Les compagnies privées d'assurances de personnes offrent toute une panoplie de moyens visant à pallier la perte de revenus résultant d'une maladie ou d'un accident. C'est ce que l'on appelle l'assurance portant sur l'invalidité, autrefois appelée assurance salaire. Il s'agit d'un domaine où les tentatives de systématisation sont dangereuses, puisque chaque compagnie d'assurance est libre d'adopter des normes particulières tant en ce qui concerne les conditions d'admissibilité que le niveau et la durée de l'indemnisation. Chaque police d'assurance est différente, et l'assuré potentiel a tout intérêt à comparer les protections offertes de façon à trouver la formule qui correspond le mieux à sa situation personnelle et à son budget.

Il existe deux grands types d'assurance portant sur l'invalidité, individuelle et collective. L'assurance individuelle s'adresse principalement aux travailleurs autonomes et à tous les salariés qui ne peuvent bénéficier d'une couverture d'assurance dans le cadre des avantages sociaux consentis par leur employeur. Quant à l'assurance collective, presque toujours présente lorsqu'une convention collective est en vigueur, elle est intéressante pour l'assuré en raison du fait que son employeur finance une partie plus ou moins importante du régime, au titre des avantages sociaux offerts à ses salariés. Selon les données publiées dans le rapport annuel de l'Inspecteur général des institutions financières du Québec, un peu plus de 3,48 milliards de dollars ont été

payés en primes ou cotisations pour l'année 2002, dans la catégorie « Assurance de personnes, accidents et maladie ».

Nous ne disposons d'aucune statistique québécoise relative au nombre de travailleurs ayant contracté une telle assurance. Toutefois, à partir des données fournies par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, un rapport publié en 2002 conclut que « about 8.6 million workers had some form of private disability insurance in 1999, which represents 59 percent of total employment that year » (Torjman 2002 : 47).

Un survol de la situation permet de dégager des *points de convergence* entre les diverses polices d'assurance portant sur l'invalidité offertes sur le marché :

- Le montant de la prestation est établi en fonction du revenu de l'assuré au moment où l'invalidité est survenue. Le pourcentage varie habituellement entre 60 et 85 % du salaire brut, et les versements reçus sont imposables si l'employeur a contribué au paiement de la prime.

- Les prestations sont versées sous forme de rente, ce qui présente deux avantages majeurs. Pour l'assuré, cela lui permet de continuer à bénéficier d'une source de revenus régulière, comme avant son accident ou sa maladie. Pour la compagnie d'assurance, la rente permet d'adapter l'indemnisation à la situation réelle de l'assuré, en faisant cesser les versements dès que l'assuré ne remplit plus les conditions d'admissibilité. Le versement de montants forfaitaires poserait d'inutiles problèmes de gestion (pour l'assuré) et de demandes de remboursement (pour l'assureur).

- Tous les assureurs tentent de limiter les versements en prévoyant des clauses d'exclusions ou « clauses de dernier payeur » : l'assureur ne couvrira que la différence entre les revenus perdus et les autres sources d'indemnisation reçues par la personne devenue invalide. Ainsi, l'indemnité d'assurance sera réduite des prestations versées par la Régie des rentes du Québec ou encore, lorsque

l'invalidité résulte d'un accident, des indemnités de remplacement du revenu octroyées par la CSST ou la SAAQ. Plus les régimes publics d'indemnisation sont généreux et plus les assureurs privés en profitent. Au Québec, cela est particulièrement vrai en matière d'accidents d'automobile, où les indemnités versées par la SAAQ sont largement supérieures à celles prévues chez ses voisins (Ontario, Provinces maritimes).

- En matière d'assurance individuelle, toutes les compagnies exigent que l'assuré subisse un examen médical et réponde à un questionnaire détaillé. Environ 10 % des demandes d'assurance invalidité individuelle sont refusées et un autre 20 % font l'objet de restrictions particulières ou sont consenties moyennant une prime plus élevée. En assurance invalidité collective, aucun examen médical n'est généralement exigé, car le risque est partagé par un grand nombre de personnes.

En comparaison avec ces similitudes entre les diverses polices d'assurance portant sur l'invalidité, on peut souligner des aspects où les pratiques adoptées varient d'une compagnie à l'autre et d'une police à l'autre. Parmi ces *points de divergence*, on peut signaler les aspects suivants :

- Le terme « invalidité » est défini de façon particulière dans chaque police d'assurance, et les montants accordés varient énormément en fonction du sens plus ou moins large qui y est donné. Les deux définitions les plus souvent appliquées sont les suivantes :

  - incapacité d'effectuer son travail habituel, ce qui signifie que des prestations pourront continuer à être versées si l'assuré retourne travailler pour exercer une autre fonction ;

  - incapacité d'effectuer tout genre de travail, lorsque l'assuré ne peut exercer aucun travail en relation avec son éducation, sa formation ou son expérience. La plupart des polices d'assurance collective prévoient cette modalité après deux ans d'invalidité.

- En corollaire avec ces distinctions sur la notion d'invalidité, l'assurance pourra être obtenue sans égard à la cause (maladies et accidents sans distinction) ou couvrira seulement la perte de revenus découlant de certaines causes, énumérées de façon précise dans le contrat. Il est évident que la prime augmentera avec la couverture d'assurance consentie.

- La période d'indemnisation est extrêmement variable, tant en qui a trait au début qu'à la fin du versement des prestations :

    - La grande majorité des polices d'assurance prévoient un délai de carence, c'est-à-dire une période pendant laquelle aucune indemnité ne sera versée malgré la cessation de l'emploi. Ce délai varie d'une police à l'autre, généralement entre 7 et 180 jours. Lorsque l'indemnité est versée dès le premier jour d'invalidité, la prime exigée par l'assureur est substantiellement majorée. En matière d'assurance collective, l'employeur (qui finance au moins la moitié du régime) choisira habituellement d'assumer personnellement le versement du salaire pendant les trois ou les six premiers mois, moyennant une réduction de prime importante ;

    - La durée totale de l'indemnisation variera également selon la police d'assurance en vigueur. Les régimes dits temporaires versent habituellement des prestations durant deux ou cinq ans alors que les régimes permanents couvrent l'invalidité jusqu'à l'âge de 65 ans.

1.2 L'allocation pour les bénéficiaires de l'aide sociale (assistance-emploi)

1.2.1 Historique

Dans ses grandes lignes, le programme de soutien du revenu remonte à la Loi sur l'aide sociale édictée en 1969. Cette dernière constituait une réponse au rapport Boucher (1963) et aux travaux de la commission Castonguay-Nepveu, dont le rapport a été déposé en 1970. Ces rapports plaidaient pour la mise sur pied d'un programme intégré d'aide de dernier recours au Québec. L'aide sociale allait se substituer au régime d'assistance publique québécois instauré en 1921 et devenu périmé, ainsi qu'à différents programmes d'assistance sectoriels comme l'assistance vieillesse (1927),

l'assistance aux aveugles (1936), l'assistance aux mères nécessiteuses (1938), l'assistance aux invalides (1955) et le programme d'assistance chômage créé en 1956.

La réforme entreprise se voulait à l'image de la modernisation de l'appareil étatique québécois et du rôle de l'État providence : compétence administrative, rôle positif de l'État dans le domaine social, accent mis sur le concept de droit au revenu plutôt que sur celui de charité, décloisonnement des programmes pour tenir compte des besoins plutôt que de la cause de l'indigence. On notera qu'à ses débuts, le programme d'aide sociale est fortement balisé par la loi-cadre sur l'assistance publique canadienne de 1965. Le gouvernement fédéral peut alors, sous certaines conditions, rembourser les provinces jusqu'à concurrence de 50 % des dépenses engagées. Cependant, le financement fédéral a beaucoup diminué ces dernières années.

À l'origine, le programme s'adressait principalement aux personnes considérées inaptes à l'emploi. Effectivement, en 1971, deux ménages sur trois qui profitent de l'aide sociale font partie de cette catégorie de citoyens. Cette proportion s'est cependant inversée très rapidement, et l'aide sociale s'est peuplée d'une clientèle de plus en plus jeune et apte à l'emploi. Cette situation a entraîné une réflexion en profondeur sur les grands objectifs que devait poursuivre l'aide sociale. Au tournant des années 80, le thème de la réinsertion au travail est devenu une priorité grandissante pour les gouvernements successifs qui ont eu à gérer ce programme. Cette situation a conduit, entre autres, les ministères responsables à rendre les prestations plus difficiles à obtenir pour les moins de 30 ans, à intégrer des mesures de contrôle plus efficaces et à multiplier le soutien à la réinsertion sur le marché du travail. L'aide sociale est aujourd'hui appelée « aide financière de dernier recours » en vertu de l'article 13 de la Loi sur le soutien du revenu et favorisant l'emploi et la solidarité sociale. On va voir qu'il existe des prestations particulières lorsque le bénéficiaire est affecté d'une contrainte temporaire (art. 24) ou sévère (art. 25) à l'emploi. Ces prestations ne sont pas nouvelles : dès 1969, des prestations spéciales (majorées) ont été offertes aux personnes incapables d'exercer un emploi.

Depuis le 1er avril 2001, la sécurité du revenu est devenue une agence gouvernementale du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

1.2.2 Champ d'application et caractéristiques du programme

Le volet principal de la loi concerne l'octroi d'une « aide financière de dernier recours aux personnes capables de travailler » (art. 13). La prestation mensuelle de base pour un adulte seul et sans contrainte à l'emploi est de 523 $ en 2003. Selon le *Rapport statistique sur les prestataires du programme d'assistance-emploi (mars 2003)*, disponible sur Internet (http://www.mess.gouv.qc.ca), en mars 2003, la clientèle du programme d'aide de dernier recours était composée de 404 360 adultes et de 359 305 ménages, pour un total de 544 229 prestataires. Dans la catégorie des prestataires adultes, 31,3 % (126 601 personnes) étaient considérés comme ayant une contrainte sévère à l'emploi, ce qui leur donnait droit à une allocation mensuelle supplémentaire fixée à 243 $ en 2002. La notion de contrainte sévère à l'emploi est définie comme suit dans la loi :

> 25. La prestation de base est augmentée d'une allocation pour contraintes sévères à l'emploi, dont le montant est prévu par règlement, lorsque l'adulte seul ou un membre adulte de la famille démontre, par la production d'un rapport médical, que son état physique ou mental est, de façon significative, déficient ou altéré pour une durée vraisemblablement permanente ou indéfinie et que, pour cette raison et compte tenu de ses caractéristiques socioprofessionnelles, il présente des contraintes sévères à l'emploi.

Les prestataires qui cumulent la prestation de base et l'allocation pour contraintes sévères à l'emploi ont donc droit à une prestation globale de 766 $ par mois. Au cours des dernières années, on assiste à une diminution relativement importante de la clientèle sans contrainte à l'emploi. La dernière période de croissance économique semble donc avoir profité aux prestataires sans contrainte qui furent plus nombreux que par le passé à quitter le régime d'assistance-emploi pour occuper un travail rémunéré. Pour l'année 2002-2003 (de mars à mars), les prestations versées ont atteint 2,8 milliards de dollars, et les femmes représentent aujourd'hui plus de 50 % des adultes prestataires.

En plus de leur allocation monétaire, l'ensemble des bénéficiaires du régime ont accès à un « carnet de réclamation ». Ce carnet donne droit à un certain nombre de services gratuits ou largement subventionnés (notamment des services dentaires, pharmaceutiques, orthopédiques et optométristes). Les conditions d'accès à ces services peuvent varier selon les catégories de prestataires. Un délai de carence variant de 6 à 24 mois, selon les circonstances, est imposé aux nouveaux prestataires avant de devenir admissibles à ce « carnet de réclamation » (voir les articles 45 à 76 des Règlements sur le soutien du revenu pour des informations plus précises sur les « prestations spéciales » du programme d'assistance-emploi).

Les services offerts aux prestataires ayant une contrainte sévère, quant à eux, sont généralement plus étendus, et leur accès n'est pas limité par un délai de carence : assurance médicament sans frais, assurance dentaire, orthèses, prothèses, transport adapté pour suivre une formation ou pour subir un traitement thérapeutique à l'extérieur des centres urbains, etc. L'existence de ce carnet de réclamation a parfois été considérée comme un frein à l'insertion sur le marché du travail pour les prestataires ayant une incapacité. C'est la raison pour laquelle la loi permet aujourd'hui à ceux qui en font la demande de maintenir les avantages du carnet de réclamation, même s'ils commencent à exercer un emploi. La mesure est offerte aux anciens prestataires dont le revenu brut n'excède pas 1 500 $ par mois, pour une période maximale de quatre ans.

Le programme d'assistance-emploi est un régime de « dernier recours », ce qui explique le fait qu'il ne permet généralement pas le cumul avec d'autres gains. Ainsi, les revenus de travail autorisés sont limités à 100 $ par mois pour les prestataires ayant des contraintes sévères à l'emploi. Pour les prestataires sans contrainte à l'emploi, la limite est fixée à 200 $ par mois. Au-delà de ces montants relativement faibles, la prestation d'assistance-emploi est entièrement récupérée pour chaque dollar gagné par le bénéficiaire, ce qui équivaut à un taux marginal effectif d'imposition de 100 %. Les économistes appellent cette situation le « piège de la pauvreté » (*poverty trap*) puisqu'elle a un effet fortement désincitatif au travail.

La majorité des spécialistes contemporains de la politique sociale croient qu'il faut faire un effort pour diminuer cette contrainte parafiscale. C'est entre autres la raison pour laquelle l'État québécois a mis en place le programme APPORT (Aide aux parents pour leurs revenus de travail), qui a pour objectif de diminuer l'effet de ce piège fiscal en permettant aux familles prestataires de conserver un certain niveau d'aide financière même quand elles déclarent des revenus d'emploi. Il permet aussi aux familles qui ne sont pas prestataires mais dont les revenus sont faibles (moins de 21 820 $ par année pour une famille biparentale) de toucher, à certaines conditions, un supplément de l'État. Jusqu'à maintenant, ce programme n'a cependant pas connu un très grand succès : les sommes qui y sont consacrées représentent à peine plus de 1 % des prestations totales versées en vertu du programme d'assistance-emploi. Les difficultés sont généralement expliquées par la complexité administrative du programme et le manque de connaissance du public à son endroit.

Beaucoup plus intéressante est la formule du « contrat d'intégration au travail » (CIT) qui fournit une aide financière aux employeurs éventuels de personnes handicapées (prestataires ou non de l'assistance-emploi) pour des mesures d'accommodement de tous genres qui pouvaient atteindre en 2003 un peu plus de 15 000 $. Ce programme est géré par Emploi-Québec. Il permet de compenser l'employeur pour le niveau de « productivité » plus faible des personnes ayant des incapacités ou encore de financer leur adaptation au travail sur une longue période de temps. Au cours de la période 2002-2003, 3 483 personnes ont bénéficié d'un contrat d'intégration de ce genre. De plus, des subventions additionnelles existent pour couvrir les besoins spéciaux comme l'accessibilité aux lieux de travail, l'adaptation du poste de travail, les services d'accompagnement au travail, etc.

Par ailleurs, l'assistance-emploi n'est pas un programme individualisé comme le programme d'assurance emploi fédéral. Cela signifie entre autres que les prestations pour un couple ne correspondent pas à ce que deux individus pourraient recevoir s'ils vivaient séparément. Par exemple, deux prestataires ayant des contraintes sévères à l'emploi et considérés comme formant un « ménage » recevront seulement 1 144 $ par mois alors que s'ils vivaient séparément, la valeur totale de leurs prestations serait de

1 532 $ par mois. De ce point de vue, le programme est plutôt défavorable à la cohabitation entre prestataires. Il l'est tout autant en ce qui concerne la cohabitation avec les non prestataires puisque ces derniers sont rapidement mis à contribution. Le prestataire se trouve alors à perdre le droit à son allocation (régulière et pour contrainte sévère à l'emploi) et devient complètement à la charge de son ou sa partenaire.

1.3 L'allocation pour enfants handicapés

Le gouvernement québécois a mis sur pied un régime d'allocation pour enfants handicapés en 1980. Contrairement à la situation existant en matière de rente d'invalidité, la Régie des rentes du Québec ne joue ici qu'un rôle de gestionnaire du programme : le financement est assuré par le ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille et les modalités d'application sont prévues dans la Loi sur les prestations familiales. Dans le chapitre suivant de cette première partie, nous verrons que le gouvernement fédéral a mis sur pied, en 2003, un programme de prestation pour enfants handicapés destiné aux familles à revenu plus modeste. La fiscalisation de ce dernier programme explique notre décision de ne pas en traiter ici, mais de le renvoyer au chapitre consacré à l'analyse des mesures fiscales offertes aux personnes handicapées.

Les conditions d'admissibilité à l'allocation pour enfant handicapé sont calquées sur le régime général des allocations familiales : enfant de moins de 18 ans, enfant et personne en ayant la charge résidant au Québec. Toutefois, le revenu familial n'est pas un critère de modulation de l'allocation, qui est identique pour tous les enfants. À ces conditions de base s'ajoute l'exigence d'un « handicap au sens du règlement du gouvernement » (art. 11). Le règlement en question est le Règlement sur l'allocation pour enfant handicapé, qui prévoit à son article premier que l'allocation « est accordée à l'enfant ayant une déficience ou un trouble de développement qui le limite de façon importante dans les activités de la vie quotidienne pendant une période prévisible d'au moins un an ». Il existe donc une différence fondamentale entre la notion de *handicap* donnant droit à l'allocation pour enfant handicapé et celle d'*invalidité* ouvrant la voie à la rente d'invalidité étudiée plus haut. La première notion est plus large et vise, par

exemple, l'enfant ayant subi de multiples fractures dans un accident : celui-ci aura droit à l'allocation même si son *handicap* n'est pas permanent et que l'on peut prédire un rétablissement total dans quelques années.

La définition actuelle est en vigueur depuis février 2000 ; auparavant, on exigeait que le *handicap* soit de nature permanente. Lorsque la nouvelle définition de « handicap » sera mieux connue dans la population québécoise, on prévoit une hausse beaucoup plus sentie de l'enveloppe budgétaire consacrée à ce programme. Il n'en demeure pas moins que seules les incapacités d'un niveau assez grave permettent d'obtenir l'allocation pour enfant handicapé. Le tableau qui suit présente l'évolution de la clientèle depuis 1997. Le tableau qui suit présente les données disponibles pour les dernières années.

Allocation pour enfant handicapé (données révisées en décembre 2002)

Année	Nombre d'enfants	Nombre de familles	Sommes versées (en milliers de $)
1997	24 024	22 993	35 001,6
1998	24 401	23 265	34 272,2
1999	25 305	24 070	35 248,5
2000	26 061	24 736	37 043,1
2001	26 313	24 955	38 202,5
2002	26 386	25 079	38 296,1

Note : Le nombre d'enfants et de familles de 2002 est une projection.

Le montant de l'allocation mensuelle avait été fixé à 60 $ lors de l'entrée en vigueur du régime, en 1980. Il a été indexé sur la base de l'indice d'augmentation des prix à la consommation jusqu'en 1994. Depuis cette date, le montant mensuel est demeuré inchangé à 119,22 $. La logique législative et réglementaire n'est pas évidente en l'espèce : alors que le montant de la *rente d'enfant de personne invalide* est indexé depuis 1995 après avoir été « gelé » à 28 $ par mois pendant plus de vingt ans (58,35 $ par mois en 2002), l'*allocation d'enfant handicapé* a suivi le cheminement exactement

inverse. Pourtant, les deux mesures sont administrées par la Régie des rentes du Québec. On a ici un effet indésirable de la multiplication des lois gérées par un même organisme, où chacune obéit à une logique différente. Pour tenter d'expliquer cette situation, on peut signaler que la rente accordée à l'enfant d'un travailleur invalide est financée par les cotisations préalables de ce travailleur et de son employeur, alors que l'allocation d'enfant handicapé est payée à même le budget de l'État.

2. Les prestations sous forme de services et d'équipements

2.1 Ampleur des programmes existants

Dans le cadre d'un chapitre consacré à l'analyse des mesures attachées au statut de personne handicapée, la section consacrée aux prestations sous forme de *services* devrait être la plus importante. En effet, une base de données développée en partenariat par l'Office des personnes handicapées du Québec et une équipe de recherche (LAREPPS) identifiait, en novembre 2003, 217 mesures destinées aux personnes handicapées dont une majorité concernait des prestations sous forme de services.

Certaines de ces mesures ont une vocation très large et exigent des investissements de plusieurs dizaines de millions de dollars par année, de façon récurrente. Les soins à domicile et le transport adapté entrent dans cette première catégorie. D'autres posent des problèmes particuliers en raison d'une augmentation importante de la clientèle ou des coûts croissants générés par leur application : l'adaptation du domicile ou du véhicule automobile d'une personne handicapée, ainsi que les médicaments, font partie de cette deuxième catégorie. Enfin, le régime universel d'assurance maladie consacre des sommes importantes pour les traitements médicaux administrés aux personnes handicapées sans que cela ne fasse partie d'un programme particulier. De plus, la Régie de l'assurance maladie du Québec consacre des sommes significatives au remboursement des aides techniques, fauteuils roulants et équipements destinés aux personnes handicapées.

Dans ce contexte, une présentation complète des mesures et des services, mis en place dans le but de répondre aux besoins des personnes handicapées, nécessiterait un travail important. L'objectif poursuivi dans ce rapport est différent, pour trois raisons :

- Contrairement aux divers régimes d'indemnisation reliés à la cause, qui n'avaient jamais fait l'objet d'une présentation globale et contextuelle au Québec, il existe un

répertoire des mesures offertes aux personnes handicapées (voir ci-dessus). Il n'y a donc pas ici un besoin semblable de présenter et d'expliquer les régimes de prestations sous forme de services.

- Pour mesurer les iniquités dans l'accès aux services, il faudrait pouvoir disposer d'un index permettant d'effectuer des comparaisons entre différents types d'incapacité afin de déterminer, entre autres, si certaines incapacités et situations de handicap sont mieux compensés que d'autres par l'État. Un tel index n'existe pas à l'heure actuelle dans notre régime de santé et de services sociaux. Les fonds disponibles ne semblent pas alloués sur une telle base, mais davantage à partir des pressions venant tant de ceux qui offrent les services que de ceux qui les reçoivent.

- Dans la recherche d'un système de compensation plus équitable pour les personnes handicapées, les auteurs de ce rapport considèrent qu'il importe, dans un premier temps, de faire ressortir les grands facteurs susceptibles d'influer sur la viabilité financière d'un régime de prestations sous forme de services.

C'est pourquoi nous nous contenterons ici de présenter un seul programme, en prenant soin de le sélectionner en fonction de sa représentativité des contraintes et limites que supposent sa mise en application. Le programme d'adaptation de véhicule automobile a été retenu dans le cadre de ce rapport. Son analyse permettra de faire ressortir les aspects suivants : influence du système traditionnel de la responsabilité civile sur les solutions retenues dans les régimes étatiques d'indemnisation reliés à la cause, fondements différents de ces derniers régimes et du système de sécurité sociale, explosion des coûts, efficacité administrative, coordination entre les programmes existants.

Un autre motif nous incite à présenter le programme d'adaptation de véhicule automobile : il s'agit en apparence d'un *success story* dans la panoplie des services offerts aux personnes handicapées. Au milieu des années 90, ce programme présentait les mêmes lacunes que celles pouvant être observées en matière d'adaptation de domicile : financement insuffisant et non garanti d'une année à l'autre, liste d'attente

interminable, clientèle mieux servie dans certaines régions du Québec que dans d'autres. Il sera donc intéressant d'examiner de quelle façon ces problèmes ont pu être résolus.

Une lecture au premier degré des pages qui vont suivre ne permet de tirer des conclusions qu'en ce qui concerne le programme d'adaptation de véhicule. Nous croyons qu'il est possible d'aller plus loin et d'y trouver des éléments d'explication pour d'autres disparités existant à l'heure actuelle dans les mesures de compensation offertes aux personnes handicapées. Que l'on aborde la question des délais en matière d'adaptation de domicile, qui varient de quelques mois pour les victimes d'accidents du travail à plus de deux ans pour les personnes handicapées n'ayant accès qu'au programme géré par la Société de l'habitation du Québec et ayant déposé leur demande en 2001 (des évaluations récentes indiquent que si rien n'est fait, les demandes déposées en 2003 attendront plus de neuf ans avant d'être traitées), et c'est toute la problématique du financement préalable et obligatoire de chacun des programmes qui se pose. Que l'on observe qu'un enfant gravement blessé dans un accident d'automobile puisse offrir plus de 600 $ par semaine à l'un de ses parents pour prendre soin de lui, alors que le programme gouvernemental général d'aide à domicile ne reconnaît pas les soins prodigués par les proches, et l'on constate alors toute l'influence du système de responsabilité civile dans le premier cas et son absence d'influence dans le second. Bref, au-delà de la variété des programmes en cause, les règles fondamentales qui les sous-tendent sont toujours les mêmes.

2.2 Mise en contexte du programme d'adaptation de véhicule automobile

2.2.1 Les principes qui sous-tendent la mise en place du programme

L'adaptation d'un véhicule automobile fait partie des mesures de réparation que doit assumer le responsable d'un préjudice corporel grave, dans le système traditionnel de responsabilité civile. Dans une affaire célèbre jugée en 1984 (*Bouliane c. Commission scolaire de Charlesbourg*, [1984] C.S. 323), un témoin expert avait évalué à 19 451 $ le

coût d'achat d'un véhicule adapté pour une victime mineure gravement blessée. Voici comment le juge Letarte justifia sa décision :

> Compte tenu de ce que dans les prévisions normales une automobile aurait vraisemblablement pu être acquise et que la réclamation ne peut porter que sur *l'excédent des dépenses résultant de l'accident*, la Cour croit devoir arbitrer le montant susceptible d'être octroyé pour la fourgonnette en diminuant le coût approximatif d'une automobile et retiendra un montant de 10 000 $ pour ce poste. (p. 353, nos italiques)

Ce n'est donc pas le coût total d'un véhicule adapté qui peut être réclamé par la victime mais bien les coûts additionnels découlant de son nouvel état de santé. Dans les systèmes mis en place pour *remplacer* le régime de droit commun de la responsabilité civile, il est donc tout à fait logique que l'on ait adopté cette méthode de l'excédent des coûts. Les articles 155 à 157 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles prévoient explicitement ce droit à l'adaptation du véhicule pour un travailleur blessé. Dans la Loi sur l'assurance automobile, il n'existe qu'une seule disposition législative en matière de réadaptation (art. 83.7) et c'est par voie de directives internes que la SAAQ a mis sur pied son programme d'adaptation de véhicule.

2.2.2 L'application du programme

Les programmes d'adaptation de véhicule mis en place par la CSST et la SAAQ présentent des similitudes majeures que l'on peut résumer ainsi :

- Les deux régimes ne prévoient aucune limite aux coûts qui peuvent découler d'une telle opération : le rapport de l'ergothérapeute constitue le guide qui permettra de juger du niveau d'adaptation requis.

- Le véhicule à adapter doit être le véhicule utilisé pour les déplacements courants reliés aux activités sociales, scolaires ou professionnelles. Les véhicules récréatifs sont exclus.

- La procédure à suivre est substantiellement la même : attestation médicale de l'incapacité, recommandation d'un ergothérapeute, présentation de deux soumissions (une seule lorsque le coût est inférieur à 2 000 $), durée de vie prévisible de cinq ans pour le véhicule à adapter. Lorsque la demande vise l'adaptation du poste de conduite du véhicule, une preuve d'évaluation de la capacité de conduire, faite postérieurement à l'apparition de l'incapacité, est exigée.

- L'adaptation d'une fourgonnette, beaucoup plus coûteuse que celle d'une automobile, ne sera permise que si elle représente une solution incontournable (par exemple, le conducteur ne peut embarquer son fauteuil roulant dans une voiture de type berline de façon autonome ni se servir d'une aide technique prévue à cette fin).

Il existe bien sûr des différences entre les deux programmes, mais elles sont relativement mineures. À titre d'exemple, la CSST couvre les frais d'assurance supplémentaires qui résultent de la présence de nouveau matériel dans le véhicule. La SAAQ, de son côté, a choisi d'agir à titre d'assureur privé en ce qui a trait à ces équipements, sans exiger de surprime : en cas de vol du véhicule ou de vandalisme, elle remplacera les équipements perdus sans frais (et non le véhicule lui-même).

La situation des personnes handicapées non visées par les régimes d'accidents d'automobile ou du travail était à l'origine bien différente : en l'absence de toute pression de la part du système de responsabilité civile, les mesures mises en place par le système de sécurité sociale l'ont d'abord été sur une base volontaire de la part de l'État, qui s'est senti tout à fait libre d'imposer des limites à l'application d'un tel programme. Les premières mesures *universelles* d'adaptation de véhicule datent du début des années 80 et elles prévoyaient des niveaux maxima de coûts pouvant être engagés. En 1997, la subvention maximale était de 22 000 $ pour une fourgonnette et de 11 000 $ pour une automobile. Ce programme était géré par l'Office des personnes handicapées du Québec à partir d'une enveloppe budgétaire fixe.

Dans un contexte où l'on cherchait à responsabiliser les organismes et ministères à l'égard des personnes handicapées, la grande majorité des programmes gérés par

l'OPHQ ont été « redistribués » entre les divers acteurs du secteur public. Le programme d'adaptation de véhicule n'a pas fait exception à la règle, et une loi sanctionnée le 19 juin 1997 a modifié la Loi sur la Société de l'assurance automobile. En vertu de l'article 1g) de cette dernière loi, la SAAQ se voyait imposer l'obligation « d'établir un programme d'adaptation de véhicules routiers en vue de permettre aux personnes handicapées de conduire un véhicule ou d'y avoir accès ». L'article 2.1 de cette même loi renvoie à la définition de personne handicapée utilisée dans la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées. La modification législative n'est pas mineure : pour la première fois, l'État impose à une compagnie d'assurance publique, créé aux fins de gérer un régime d'indemnisation particulier, l'obligation de dispenser un service à *toutes* les personnes handicapées, sans égard à la cause du handicap. En fait, seules les victimes indemnisées par la CSST ne sont pas prises en charge par la SAAQ, à l'heure actuelle. On peut se demander pourquoi le législateur n'est pas allé jusqu'au bout de sa logique d'universalisation du programme d'adaptation de véhicule.

La situation nouvelle a eu des effets bénéfiques majeurs pour les personnes handicapées non visées par un régime d'indemnisation relié à la cause :

- réduction importante des délais requis pour la réalisation des travaux d'adaptation du véhicule ;

- disparition des limites de coûts par véhicule qui leur étaient auparavant imposées, la SAAQ ayant choisi de leur appliquer des règles identiques à celles des victimes de la route. Depuis le début de l'an 2000, il existe une directive unifiée d'application des mesures d'adaptation du véhicule, peu importe la cause du handicap, qui a été adoptée à la suite de contestations infructueuses de la part de personnes qui n'étaient pas devenues handicapées à la suite d'un accident d'automobile (voir *J.-G. T. c. SAAQ*, [2001] T.A.Q. 370) ;

- transformation d'un programme à enveloppe budgétaire fermée vers un système où les sommes sont investies au fur et à mesure des besoins. Auparavant, l'atteinte du maximum prévu dans l'enveloppe budgétaire signifiait tout simplement la fin du programme pour l'année financière en cours.

Bref, on en vient à se demander si cet exemple ne trace pas la voie à suivre en matière de prestations de services : accès universel et égal pour toutes les personnes handicapées, guichet unique permettant de réduire les coûts. Si l'on compare cette situation avec celle de l'adaptation du domicile d'une personne handicapée, où les délais d'attente dans le cadre du programme géré par la Société de l'habitation du Québec dépassent trois ans à l'heure actuelle, la solution tout indiquée ne serait-elle pas de confier à la SAAQ ou à la CSST un mandat général et universel en la matière ? On va voir que la solution est loin d'être aussi simple.

2.3 Problèmes posés par le programme en vigueur

La mise en place d'un programme universel et centralisé d'adaptation de véhicule cache des problèmes que l'on ne peut passer sous silence. Certains touchent le financement du régime alors que d'autres concernent son fonctionnement proprement dit.

2.3.1 Le problème du financement du régime

Le premier aspect problématique du nouveau système touche son *financement*. En toute logique, l'État devrait assumer les coûts d'adaptation des véhicules pour les personnes qui n'ont pas été victimes d'un accident d'automobile. C'est bien ce qu'il faisait avant 1997, à même le Fonds consolidé du revenu. Or, le transfert administratif du programme ne s'est accompagné en l'espèce d'aucun transfert budgétaire ! Autrement dit, l'État économise depuis six ans des sommes autrefois consacrées à l'adaptation de véhicules, en refilant la facture aux titulaires de permis de conduire et aux propriétaires d'automobiles, qui financent *entièrement* le régime d'assurance automobile. La lecture des débats parlementaires qui ont précédé la modification

législative est révélatrice de l'objectif visé par les parlementaires, qui était d'abord et avant tout de régler un problème d'ordre budgétaire.

On peut mesurer l'importance du changement en comparant les deux clientèles dorénavant visées par le programme géré par la SAAQ. Pour l'année 2002, 34 adaptations de véhicules ont été nécessaires pour les victimes de la route, contre plus de 800 pour les personnes handicapées en général. Pour cette même année, la SAAQ a investi moins de 800 000 $ dans son programme « régulier » d'adaptation de véhicule contre six millions de dollars dans le nouveau programme. Depuis sa mise en place en juillet 1997, plus de 25 millions de dollars ont été consacrés à ce dernier programme. Ces données ne tiennent même pas compte du coût des réparations apportées aux véhicules déjà adaptés, qui sont en moyenne légèrement supérieurs au coût des adaptations proprement dites.

Il faut bien comprendre qu'il ne s'agit pas ici d'un simple transfert d'enveloppes budgétaires entre deux ministères : la SAAQ est sans aucun doute contrôlée par l'État mais il s'agit fondamentalement d'une compagnie d'assurance financée à 100 % par les primes versées par ses assurés, les usagers de la route. Le résultat net est incontestable : on a corrigé en 1997 une *disparité* (certains diront une iniquité) basée sur la cause de l'incapacité en créant une *iniquité* pour une autre catégorie de citoyens (les automobilistes), qui se trouvent à financer un programme qui ne correspond pas au risque assurable (les accidents d'automobile).

Ce constat permet également de comprendre pourquoi le fonctionnement du programme s'est grandement amélioré pour les personnes handicapées en général : nous sommes passés d'un système financé *a posteriori* par l'assiette générale des impôts à un système de financement *préalable*, par l'acquittement d'une prime particulière. On en revient alors à la distinction fondamentale entre les régimes d'indemnisation reliés à la cause et les régimes universels (sans égard à la cause) : les premiers sont en concurrence directe avec les règles traditionnelles de la responsabilité civile, ce qui implique que les personnes visées sont alors prêtes à monnayer leur protection contre une éventuelle poursuite par l'acquittement d'une cotisation

d'assurance distincte. Dans le second cas, une telle pression n'existe tout simplement pas pour le payeur, et toute création ou bonification d'un programme existant nécessite l'injection de fonds nouveaux.

L'amélioration de la situation des personnes handicapées, en matière d'adaptation de véhicule, est donc purement conjoncturelle. À partir du moment où les automobilistes et la SAAQ réussiront à faire reconnaître qu'ils n'ont pas de responsabilité financière vis-à-vis *l'ensemble* des personnes handicapées, l'État devra reprendre en main le financement du programme, ce qui fera réapparaître les problèmes de disponibilité des fonds publics.

2.3.2 Le problème du fonctionnement du régime

Au-delà de la question du financement, l'application du programme actuel d'adaptation de véhicule automobile génère d'autres questions où l'équité est en jeu. Nous en aborderons deux.

La première touche l'absence de limite monétaire dans le programme en place. Nous avons vu plus haut qu'en 1984, un tribunal de droit commun accordait 10 000 $ pour compenser les frais reliés à l'adaptation d'un véhicule. Au début des années 90, la SAAQ consacrait entre 10 000 et 15 000 $ dans les cas d'adaptations majeures de véhicules automobiles. Qu'en est-il aujourd'hui ?

Depuis quelques années, on assiste à une véritable explosion au niveau des coûts. Les outils favorisant l'accès au véhicule ainsi que les mécanismes d'assistance à la conduite sont de plus en plus sophistiqués : télécommande d'ouverture de la porte et de l'élévateur, plancher motorisé, siège auto-souleveur pivotant, direction et freins à effort réduit, etc. Le coût moyen d'une adaptation majeure de véhicule est ainsi passé à plus de 35 000 $ en 2002. Et ce n'est pas fini : un nouveau mécanisme qui remplace la direction du véhicule, appelé *joy-stick*, est présentement en voie d'homologation chez Transports Canada. Les coûts reliés à son installation varient entre 45 000 $ et 75 000 $ par véhicule. La consultation du premier tableau reproduit à la fin de cette

sous-section est révélatrice de l'augmentation des coûts, qui ont bondi de plus d'un tiers entre 1999 et 2002. Ce tableau *n'inclut pas* les adaptations exigées par les victimes d'accidents d'automobile, dont le nombre (une trentaine par année en moyenne) est bien inférieur aux données applicables à l'ensemble de la clientèle des personnes handicapées, comme le font voir les données relatives au nombre de demandes, présentées dans le second tableau.

Jusqu'à maintenant, la SAAQ a toujours refusé de prévoir un montant maximum pour l'adaptation d'un véhicule, entre autres pour des motifs de mise en concurrence avec le système de droit commun de la responsabilité civile. On peut toutefois se demander s'il est équitable de faire assumer par l'ensemble des automobilistes de tels frais, sans aucune limite. À plus forte raison la question se pose-t-elle pour l'État vis-à-vis l'ensemble des personnes handicapées.

La deuxième question concerne l'accès au programme d'adaptation de véhicule. Pour avoir droit à l'adaptation, la personne handicapée doit posséder un véhicule relativement récent ou encore avoir les ressources financières pour en acquérir un. Le programme actuel fait immanquablement penser à la maxime « on ne prête qu'aux riches ». Est-il équitable de ne faciliter le transport qu'aux personnes handicapées qui ont les moyens de posséder un véhicule, sans aucune limite quant aux coûts d'adaptation, alors qu'une proportion significative des personnes handicapées n'ont tout simplement pas accès à ce programme ? L'équité ne commanderait-elle pas de répartir les sommes disponibles entre le programme général d'adaptation de véhicule et le transport adapté ?

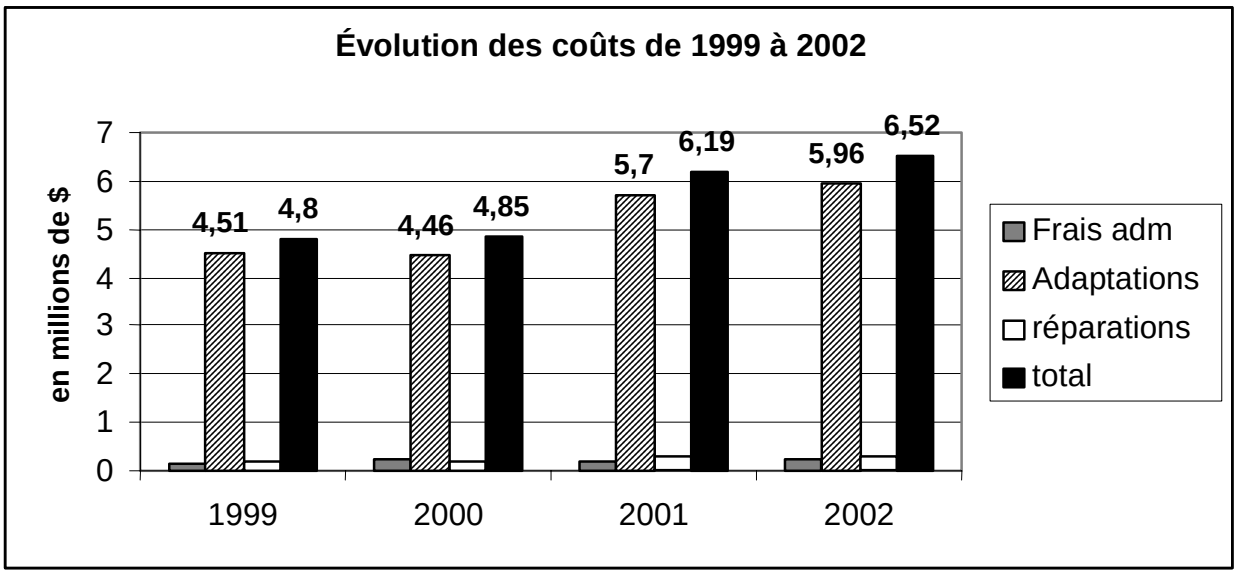
Cela nous amène à traiter de la coordination entre les divers programmes de prestations de services. À l'heure actuelle, la question de la disponibilité ou de l'efficacité du transport adapté, pour un bénéficiaire donné, n'entre absolument pas en ligne de compte lorsque la SAAQ accepte de couvrir les frais d'adaptation d'un véhicule. Cela pose la question de savoir s'il faut continuer à investir dans des aménagements au cas par cas, ne bénéficiant en définitive qu'à *une* personne handicapée, alors que des mesures collectives seraient susceptibles d'améliorer les

conditions de vie d'un plus grand nombre. Le financement collectif d'un programme devrait selon nous privilégier les solutions aux retombées aussi larges que possible. Cela ne signifie que l'on doive abandonner le programme d'adaptation de véhicule mais plutôt que sa portée effective devrait être examinée à la lumière des autres solutions socialement acceptables.

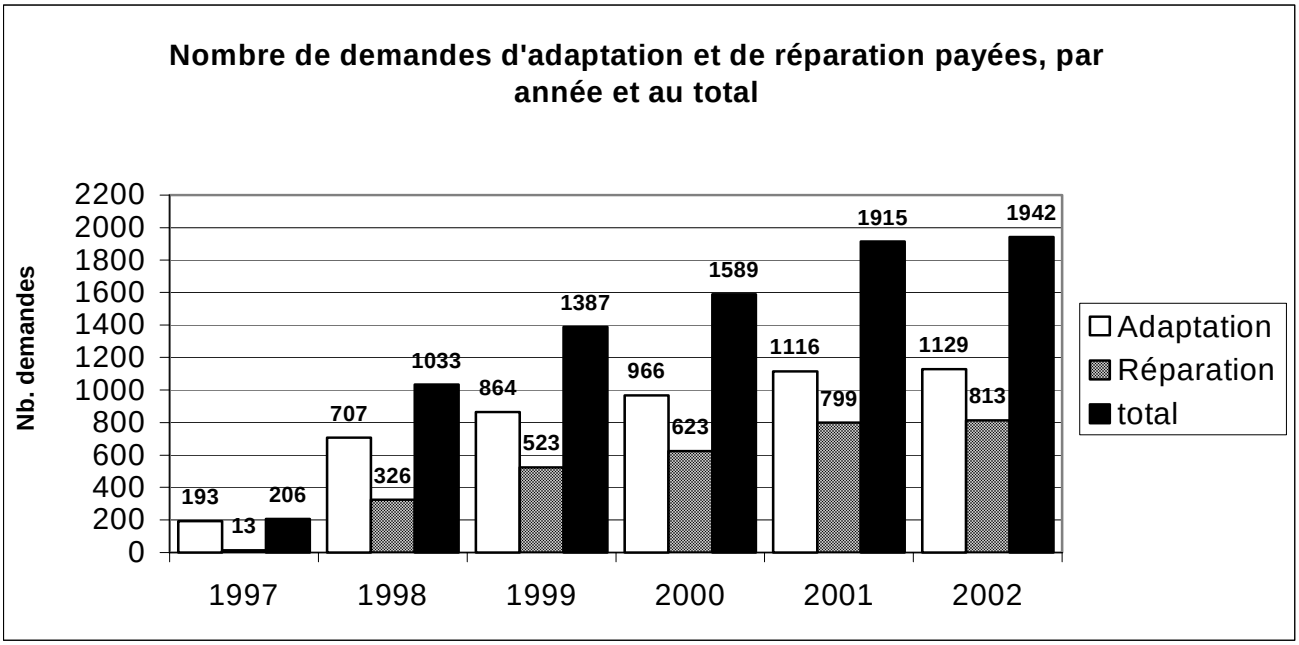
Bref, le fait que la prise en charge par la SAAQ du programme d'adaptation de véhicule ait grandement contribué à résorber les inconvénients liés à l'application du programme antérieur ne doit pas nous faire perdre de vue que de nouvelles iniquités ont remplacé les anciennes. Cela devrait nous rendre prudents face à toute proposition qui présente la simplification administrative comme un gage de l'amélioration du système en place.

Programme d'adaptation de véhicule automobile

Le tableau suivant présente l'évolution des coûts du programme (frais administratifs, adaptations et réparations) à partir de 1999.



Le tableau suivant présente l'évolution du nombre de demandes (adaptations et réparations) depuis la prise en charge du programme le 1er juillet 1997, pour les 6 derniers mois de 1997 et les années complètes de 1998 à 2002.



3. Conclusion sur les mesures d'indemnisation attachées au statut de personne handicapée ou invalide

Les mesures d'indemnisation attachées au statut de personne handicapée ou invalide, applicables sans égard à la cause de l'incapacité, ne peuvent soutenir la comparaison face aux régimes d'indemnisation rattachés à une activité particulière, que ce soit le système de droit commun ou les régimes applicables aux victimes d'accidents de la route ou du travail.

En ce qui concerne les prestations en espèces, on note qu'elles sont fréquemment octroyées sous forme d'allocation fixe (allocation pour contrainte sévère à l'emploi, allocation pour enfant handicapé) et qu'elles ne cherchent pas à compenser le revenu perdu. L'indexation de ces rentes est laissée au gré des gouvernements en place. En fait, seuls les régimes financés par une contribution préalable peuvent offrir des prestations plus importantes et ajustées sur l'augmentation de l'indice des prix à la consommation. La rente d'invalidité de la Régie des rentes du Québec et les régimes privés d'assurance portant sur l'invalidité entrent dans cette dernière catégorie. Toutefois, il est intéressant de noter que seule la compensation du *revenu* est visée par ces régimes (au titre de dernier payeur, en ce qui a trait aux assureurs privés). La compensation des *pertes non pécuniaires* (souffrances, perte de jouissance de la vie, etc.) n'est jamais faite dans le cadre de ces systèmes, alors qu'elle constitue une composante obligatoire des régimes administrés par la SAAQ et la CSST.

En ce qui concerne les prestations sous forme de services, la disponibilité des fonds et la pérennité du financement sont des enjeux constants pour l'État. Il est alors tentant de refiler la gestion de ces programmes à des organismes publics qui font l'objet d'un financement préalable et distinct. L'exemple du programme d'adaptation de véhicule automobile est révélateur des dangers que recèlent ce genre de solution miracle, où l'on corrige des situations inéquitables en en créant de nouvelles, tout en ne parvenant pas à favoriser une coordination efficace entre les multiples programmes d'aide aux personnes handicapées.

CHAPITRE 3 – Les mesures fiscales

Alors que « l'objectif de la fiscalité était autrefois limité à la levée de fonds pour faire face aux dépenses gouvernementales […], il est reconnu de nos jours que la loi de l'impôt sur le revenu se présente comme un instrument d'intervention sociale et économique » (*Corporation Notre-Dame de Bon-Secours c. Communauté urbaine de Québec*, [1994] 3 R.C.S. 3).

Il est vrai que, depuis une vingtaine d'années, les gouvernements utilisent abondamment la fiscalité afin d'intégrer de nouvelles mesures sociales à caractère économique. Par exemple, on a intégré en 1989 la prestation fiscale pour enfants et en 1998, un crédit d'impôt aux aidants naturels a été ajouté au titre de mesure de soutien à la personne âgée ou handicapée. Enfin, le budget fédéral de 2003 a annoncé une bonification de la prestation nationale pour enfants pour les familles à faible revenu lorsqu'elles comptent un enfant ayant une incapacité.

L'utilisation massive de la fiscalité dans le domaine social s'explique particulièrement par la facilité inhérente au système fiscal à rejoindre la population ciblée par la mesure et par l'importance des recoupements qui doivent être effectués entre la mesure fiscale et le niveau de revenu de la personne. Toutefois, l'utilisation du système fiscal engendre d'importants problèmes d'efficacité occasionnés notamment par la complexité des dispositions fiscales et la fréquence des modifications qui y sont apportées.

1. Remarques préliminaires

1.1 Introduction à l'étude de la fiscalité applicable aux personnes handicapées

La fiscalité qui touche les personnes ayant des incapacités n'a pas fait exception à la vague de changements qui se sont produits, surtout au cours des 20 dernières années. La fiscalité touchant ces personnes fut longtemps stagnante, tel que nous le démontrerons un peu plus loin, mais à la suite de pressions exercées par différentes instances, et particulièrement dans la foulée de l'année 1981 qui fut consacrée année internationale des personnes handicapées, s'amorcèrent les grands changements.

En 2003, les personnes ayant des incapacités bénéficient de mesures fiscales qui sont de deux ordres : les mesures directes, tel le crédit d'impôt pour déficience mentale ou physique qui ne vise que les personnes ayant une incapacité sévère, et les mesures indirectes, tel le crédit pour frais médicaux qui s'applique à tout contribuable, mais qui est davantage susceptible de profiter aux personnes ayant des incapacités.

Le système fiscal actuel présente une nette amélioration quant au soutien que l'État accorde à la personne ayant des incapacités. De multiples formes d'appui ont vu le jour depuis le milieu des années 80, et les sommes consacrées à ces programmes sont colossales. Toutefois, cette multiplicité de mesures, ainsi que la fréquence des modifications qui y sont apportées, contribuent à créer chez les personnes ayant des incapacités et leurs proches un climat de tension certainement exacerbé par les interventions de plus en plus fréquentes, mais peu cohérentes, des tribunaux. Aussi, bien que les mesures d'aide soient relativement nombreuses, il n'est pas certain que, dans l'état actuel de choses, elles ciblent toujours les bonnes personnes. Non seulement le système fiscal peut-il, mais doit-il être utilisé comme outil de redistribution de la richesse collective. Pour ce faire, il doit s'assurer de créer des outils efficaces et simples d'application. À défaut d'atteindre cet objectif, il doit céder sa place à d'autres mécanismes plus appropriés.

Au Canada, le pouvoir de taxation est partagé entre le fédéral et les provinces. Alors que la juridiction de ces dernières est limitée aux impôts directs, ce qui vise particulièrement les impôts sur le revenu et la taxe de vente, la compétence du fédéral est illimitée en matière de taxation.

Les personnes physiques résidant dans les provinces autres que le Québec ne produisent qu'une seule déclaration de revenus, puisque le fédéral s'occupe de remettre aux autorités provinciales les sommes perçues en leur nom. Au Québec, la situation est différente et, du même coup, plus complexe, puisqu'une déclaration distincte doit être acheminée à chaque palier de gouvernement, conformément à la législation qui lui est propre.

Les résidents du Québec doivent ainsi se conformer à une double législation fiscale, qui, bien que similaire sur le plan des principes, comprend de multiples distinctions d'ordre technique. Cette duplication se répercute par un dédoublement des rapports administratifs, dépôts de formulaires et tracasseries de toutes sortes. Dans les faits, la politique fiscale applicable aux personnes handicapées émane surtout du gouvernement fédéral. Le Québec applique les mêmes principes tout en modifiant les sommes allouées et en utilisant des formulaires distincts.

La complexité inhérente à la fiscalité tient non seulement au caractère technique du vocabulaire utilisé dans la loi, mais aussi à la fréquence avec laquelle les modifications législatives sont apportées. On sait que les ministres des Finances, tant au niveau fédéral que québécois, présentent l'énoncé budgétaire généralement une fois l'an. Le budget contient des propositions de changement qui, lorsqu'elles seront votées par le Parlement, seront intégrées à la législation fiscale avec un effet souvent rétroactif au jour du dépôt du budget. Les modifications fiscales peuvent aussi être effectuées en dehors du cadre budgétaire et à n'importe quel moment de l'année. Les ministres des Finances ne se privent donc pas pour déposer, plusieurs fois par année, des projets de modifications ayant comme objectif de contrecarrer les effets d'un jugement de cour dont les conséquences vont à l'encontre de leur politique fiscale, ou de mettre un frein à des utilisations dites « abusives » de la législation.

Ce processus n'est certes pas étranger à la quantité phénoménale de litiges fiscaux qui opposent chaque année l'État et ses contribuables. Alors que plusieurs de ces litiges trouvent un dénouement au stade de l'opposition administrative logée par le contribuable, d'autres, et ils sont nombreux, aboutissent devant les tribunaux. Ceci vaut autant pour les litiges portant sur la fiscalité fédérale, qui sont entendus en première instance par la Cour canadienne de l'impôt, que pour les litiges qui découlent de la loi québécoise et qui sont entendus par la Cour du Québec. Compte tenu de la similitude des lois fédérale et québécoise et du processus d'échange d'informations qui existe entre les deux juridictions, il arrive fréquemment qu'un contribuable doive affronter les deux paliers de juridiction à l'égard d'un même problème. En pratique, le litige suivra son cours normal devant le palier de juridiction d'où émane la vérification initiale, alors que l'autre juridiction appliquera le résultat qui aura été obtenu de façon administrative ou judiciaire. Puisqu'il n'existe pas, au Québec, de programme de vérification fiscale dans le domaine des crédits offerts aux personnes handicapées, la plupart des litiges émanent du fédéral et sont entendus par la Cour canadienne de l'impôt. Cela explique que l'analyse jurisprudentielle qui se trouve dans ce rapport réfèrera uniquement à des décisions émanant des tribunaux de juridiction fédérale.

Lorsqu'un litige est entendu par la Cour du Québec, les juges n'hésiteront pas à se référer à la documentation fédérale, tant administrative que judiciaire. Les propos tenus par le juge Dansereau dans l'affaire *Cordeau c. Québec (Sous-ministre du Revenu)*, C.Q. n^{o} 500-02-056172-971, 8 août 2000, résument bien cette position.

> Signalons que cette législation provinciale reflète littéralement sur ces points la fédérale, de sorte que les bulletins d'interprétation en provenance de cette source ainsi que la jurisprudence des autres provinces et des tribunaux fiscaux fédéraux, appliquant la Loi canadienne de l'impôt sur le revenu, constitue un apport substantiel à l'interprétation des cas soumis en vertu des lois fiscales québécoises. De la sorte, le bulletin d'interprétation émis par Revenu Canada et qui retrace les modifications législatives depuis 1994 rétroactivement à l'année fiscale 1991, relatives au même crédit d'impôt selon l'article 118.3 de la Loi sur l'impôt du revenu, Partie I, L.C. 1994, chap. 7, se révèle applicable au cas [présent].

Le Tribunal réitère qu'il a pris connaissance de la jurisprudence soumise par les parties, surtout par l'intimé. Toutes ces affaires décidées par des tribunaux appliquant l'article 118.3 de la Loi canadienne de l'impôt sur le revenu ont beaucoup de points en commun. D'une part, on y souligne la marge quasi infime de chaque décideur en regard de l'application de ces critères identiques à ceux de la LI [la loi québécoise]. Dans la première étape de cette partie du rapport, avant même d'entreprendre l'étude des mesures fiscales proprement dites, nous nous attarderons à décrire les divers concepts fiscaux qui seront utilisés. Puis, nous analyserons les mesures fiscales touchant particulièrement les personnes handicapées en date du 1er juillet 2003, en traçant d'abord un historique de ces mesures et en analysant leur fonctionnement. Dans cette partie, nous identifierons aussi les lacunes inhérentes à la forme et au contenu de la législation fiscale tout en mettant en relief les iniquités qu'elles engendrent. Lorsque disponibles, des données statistiques seront intégrées afin de dresser un tableau plus complet de la réalité économique vécue par les personnes ayant des incapacités. Dans une partie ultérieure de ce rapport, nous identifierons les divers principes fiscaux qui devraient nous guider dans l'élaboration des mesures d'aide et nous élaborerons des recommandations ayant pour objet de promouvoir le concept de compensation équitable dans le respect de la faculté contributive de chacun.

Nous avons choisi de restreindre notre étude aux mesures fiscales découlant de la Loi de l'impôt sur le revenu (la loi fédérale, ci-après désignée LIR) et la Loi sur les impôts (loi québécoise, ci-après désignée LI). Les législations qui visent les taxes de vente ont été ignorées.

1.2 Les concepts fiscaux applicables

L'étude de la fiscalité regroupe plusieurs domaines d'expertise, dont les taxes de vente, les douanes et l'impôt sur le revenu. Dans le cadre du présent rapport, notre étude portera uniquement sur l'analyse de certaines mesures dédiées aux personnes handicapées et qui sont intégrées aux lois de l'impôt sur le revenu. Au niveau fédéral, il s'agit de la Loi de l'impôt sur le revenu alors que la Loi sur les impôts constitue le document législatif applicable au Québec. Le vocabulaire utilisé dans le domaine de la

fiscalité est particulier et il est important de bien en saisir la signification afin de comprendre l'ampleur exacte que la mesure fiscale cherche à couvrir. Afin de comprendre le sens donné à un terme, on aura recours premièrement à la définition prévue par la législation, et c'est seulement à défaut d'une telle définition qu'on aura recours au sens commun du terme.

Ainsi, lorsque la législation fiscale fait référence à la personne handicapée, elle utilise plusieurs concepts. Par exemple, pour les fins du calcul du crédit d'impôt pour déficience mentale ou physique, la loi précise la durée minimale d'incapacité en indiquant que la déficience doit durer au moins 12 mois d'affilée ou qu'il est raisonnable de s'attendre à ce qu'elle dure au moins 12 mois d'affilée.

Cette notion temporelle est cependant absente de la législation lorsqu'il s'agit de déterminer l'admissibilité au crédit de soins à domicile d'un proche (aidant naturel) puisque la loi se contente alors d'indiquer que le crédit sera accordé à la personne qui prend soin d'un particulier en raison d'une *déficience physique ou mentale*. De la même façon, lorsqu'il s'agit de déterminer l'admissibilité au crédit de personne à charge de 18 ans ou plus, la loi précise seulement que cette personne à charge doit avoir une *infirmité mentale ou physique*.

Aussi, la loi définit la sévérité du *handicap* seulement dans le cadre du crédit d'impôt pour déficience physique ou mentale en spécifiant que « la capacité d'un particulier d'accomplir une activité courante de la vie quotidienne est limitée de façon marquée » (paragraphe 118.4 LIR et article 752.0.17 LI). La législation poursuit en énumérant de façon exhaustive ces activités de la vie quotidienne qui doivent être limitées par l'incapacité pour donner ouverture au crédit tout en excluant toutes les autres. Pour les fins du calcul des autres crédits, on ne retrouve aucune telle mention à la loi.

Lorsque l'expression n'est pas définie de façon précise, le contribuable devra avoir recours au sens ordinaire des mots selon le dictionnaire ou l'usage courant. L'utilisation d'une terminologie non uniforme n'est pas souhaitable puisqu'elle ajoute un élément

important d'incertitude dans l'interprétation de la loi, ce qui ne fait qu'amplifier la complexité déjà suffisamment grande de cette législation.

Par ailleurs, pour les fins de compréhension de la matière, il est important de bien saisir certaines notions fiscales.

Les termes *déduction* et *crédit d'impôt* ont un sens très spécifique et réfèrent à des opérations fiscales tout à fait distinctes. Pour les comprendre, il est important de revoir la chronologie fiscale. Lorsqu'un contribuable tente de calculer son impôt payable, il doit au préalable déterminer son revenu. Or, ce revenu se calcule en additionnant des sommes reçues ou à recevoir et en soustrayant certaines sommes calculées en fonction de dépenses qui ont été ou seront engagées par le contribuable et pour lesquelles le législateur trouvait souhaitable que l'État intervienne. Cette soustraction fait partie des déductions qui sont consenties pour les fins du calcul du revenu. Lorsqu'il s'agit de passer à l'étape suivante, soit celle du revenu imposable, d'autres déductions seront octroyées au contribuable lorsqu'il se retrouvera dans un contexte que l'État désire privilégier.

Par la suite, nous procédons au calcul de l'impôt payable selon un taux déterminé par la loi. Au Canada, le taux d'impôt est progressif puisqu'il augmente en fonction des paliers de revenus. Au niveau fédéral, en 2003, la loi prévoit quatre taux variant de 16 % à 29 %, le premier s'appliquant au revenu imposable maximal de 32 183 $ et le second lorsque le revenu imposable excède 104 648 $. Les taux mitoyens sont de 22 % et 26 %, le premier visant le revenu imposable se situant dans la tranche de revenu imposable entre 32 184 $ et 64 368 $ et le second de 64 369 $ à 104 648 $.

Par exemple, le contribuable dont le revenu imposable est à 33 183 $ sera soumis à un taux fédéral de 16 % sur la première tranche de revenu de 32 183 $ alors que l'excédent, soit 1 000 $ sera soumis au taux de 22 %. Si ce contribuable pouvait bénéficier d'une déduction de 1 000 $, son revenu imposable serait totalement soumis au premier taux de 16 % de sorte que la valeur de cette déduction serait de 22 % de 1 000 $, soit 220 $. Cette même déduction a ainsi une valeur variable selon le taux

d'imposition applicable, puisque si le contribuable avait un revenu imposable de 25 000 $, cette déduction aurait une valeur de 16 % de 1 000 $, soit 160 $ alors que le contribuable dont le revenu imposable est de 120 000 $ profite d'une réduction d'impôt de 29 % de 1 000 $, soit 290 $.

Notons que, pour ce qui est des résidents du Québec, ce taux fédéral est toutefois assujetti à un abattement provincial de 16,5 %, de sorte que les taux applicables sont effectivement de 13,36 %, 18,37 %, 21,71 % et 24,22 %.

Au Québec, pour l'année 2003, les trois taux sont de 16 %, 20 % et 24 % et varient selon des paliers de revenus imposables. Le premier taux de 16 % s'applique à un revenu imposable de 27 100 $ et moins, le taux de 20 % vise un revenu imposable se situant entre 27 101 $ et 54 205 $ alors que le taux supérieur de 24 % vise tout revenu imposable excédentaire.

Tel que nous le constatons, les déductions, qu'elles soient effectuées dans le calcul du revenu ou du revenu imposable, accordent un bénéfice monétaire proportionnel au taux d'imposition applicable. Ainsi, une déduction de 1 000 $ accordée à un contribuable dont le taux marginal, c'est-à-dire le taux applicable sur le dernier dollar, est de 29 %, permettra une réduction d'impôt de 290 $ alors que lorsque le taux est de 16 %, cette déduction a une valeur économique de 160 $.

Une fois le calcul de l'impôt payable effectué, une étape supplémentaire doit être franchie afin de prendre en compte les mécanismes de crédits d'impôts, lesquels se présentent sous trois formes. Le premier, le *crédit d'impôt conventionnel*, réduit dollar pour dollar l'impôt payable par le contribuable. Puisqu'il réduit l'impôt qu'un contribuable peut avoir à payer, on comprendra rapidement que la condition *sine qua non* à l'utilisation d'un tel crédit est qu'un impôt soit payable par le contribuable. Un contribuable ayant un très faible revenu imposable et un impôt payable nul ne peut donc bénéficier d'une telle forme de crédit.

La deuxième forme de crédit est le *crédit d'impôt remboursable*. Il présente les mêmes caractéristiques que le crédit conventionnel, c'est-à-dire qu'il est imputé à l'encontre de l'impôt payable. Toutefois, il a un avantage marqué sur le premier en ce que la portion non utilisée du crédit, soit lorsque le crédit est supérieur à l'impôt payable, est remboursée au contribuable. Cette somme constitue ni plus ni moins qu'un montant dû au contribuable par les autorités fiscales et qui est utilisé premièrement pour effacer une dette fiscale alors que le solde, s'il en est, lui est simplement remis.

Afin de calculer le bénéfice accordé au contribuable à l'égard de ces deux types de crédits, la loi utilise généralement le même mécanisme. Il s'agit de retracer la disposition législative applicable à la dépense que l'État désire soutenir via le mécanisme de crédit. Puis, le pourcentage indiqué sera applicable à cette somme et le résultat deviendra le crédit imputé à l'encontre de l'impôt payable. En 2003, le taux utilisé pour les crédits personnels au niveau fédéral est de 16 % alors qu'il est de 20 % en vertu de la législation québécoise. Par exemple, à l'égard du crédit pour déficience mentale ou physique, la somme prévue à la loi fédérale est de 6 279 $. Le taux applicable en 2003 est de 16 %, de sorte que le crédit d'impôt est de 16 % de 6 279 $, soit 1 004,64 $.

Finalement, le dernier type de crédit applicable est le *crédit remboursable inversé*. Ce crédit présente des similitudes avec le crédit remboursable à la différence que le taux applicable pour le calcul du crédit décroît avec l'augmentation du revenu. Par conséquent, il favorise davantage les contribuables à faible revenu. C'est justement ce crédit que l'on retrouve au Québec à l'égard des frais engagés pour la garde des enfants et qui passe de 75 % à 26 % de la dépense à mesure que le revenu familial augmente.

Comme nous pouvons le constater, le crédit d'impôt, pris dans son sens large, favorise l'équité, puisqu'il octroie un bénéfice fiscal équivalent à tous les contribuables, peu importe le revenu, alors que la déduction profite davantage aux contribuables qui se situent au taux d'imposition supérieur et, par conséquent, dont le revenu imposable est plus élevé.

2. Les mécanismes fiscaux applicables sans égard à une dépense engagée pour le bénéfice de la personne handicapée

2.1 Le crédit d'impôt pour déficience mentale ou physique

2.1.1 Historique

L'année 1981, qui a été proclamée année internationale des personnes handicapées, a servi de rampe de lancement au gouvernement fédéral afin de nommer un comité multipartite chargé de faire une étude globale des législations fédérales ayant trait à la condition des personnes handicapées.

Le comité a déposé le rapport *Obstacles* qui contenait 130 recommandations, dont plusieurs à caractère fiscal. On y recommandait notamment que la déduction fiscale visant les personnes ayant des incapacités et dont l'application était excessivement limitée, puisqu'elle ne visait que les personnes aveugles ou alitées durant une bonne partie de la journée ou en chaise roulante, soit remplacée par une déduction pour invalidité permettant au contribuable de demander pour lui-même ou pour une personne à sa charge la déduction de la totalité du coût des biens et services directement liés à une invalidité grave prolongée.

Cette déduction pour personne aveugle ou en chaise roulante ou alitée avait fait l'objet de vives critiques en 1966 dans le cadre du rapport sur la Commission royale d'enquête sur la fiscalité. Toutefois, le livre blanc déposé en 1969 qui avait donné suite aux conclusions de cette commission suggérait le maintien de cette déduction pour des raisons humanitaires.

Ce n'est qu'en 1986 qu'une disposition particulière fut introduite à la Loi de l'impôt sur le revenu afin de prévoir une déduction pour le contribuable ayant une *déficience mentale ou physique grave et prolongée*, à condition que la personne se trouve manifestement

limitée dans ses activités de la vie quotidienne. Cette déduction s'appliquait sans égard à l'ampleur des coûts réels encourus.

En 1988, à l'instar des autres déductions personnelles, cette déduction fut convertie en un crédit d'impôt non remboursable, permettant ainsi à tous les payeurs d'impôt de bénéficier du même montant d'aide fiscale, peu importe leur revenu. Alors que l'objectif de cette mesure fiscale était de venir en aide aux personnes ayant des incapacités afin de leur permettre d'absorber les coûts supplémentaires en découlant, l'emploi du crédit non remboursable réaffirmait le choix du législateur d'en restreindre l'usage à ceux et celles dont les revenus étaient suffisamment élevés pour justifier le paiement d'impôts. Étions-nous davantage en présence d'une mesure d'incitation au travail ?

Compte tenu des difficultés d'interprétation et d'application que posait l'expression *limitée de façon marquée dans ses activités de la vie quotidienne*, la législation a été modifiée à compter de 1991 afin de préciser que « la capacité d'un particulier d'accomplir une activité courante de la vie quotidienne est limitée de façon marquée seulement si, même avec des soins thérapeutiques et l'aide des appareils et des médicaments indiqués, il est toujours ou presque toujours aveugle ou incapable d'accomplir une activité courante de la vie quotidienne sans y consacrer un temps excessif ». On a de plus intégré à la loi la liste des activités comprises dans les activités courantes de la vie quotidienne, tout en spécifiant qu'aucune autre activité, y compris le travail, les travaux ménagers et les activités sociales ou récréatives n'étaient considérés comme une activité courante de la vie quotidienne :

- la perception, la réflexion et la mémoire ;
- le fait de s'alimenter ;
- le fait de s'habiller ;
- le fait de parler de façon à se faire comprendre, dans un endroit calme, par une personne de sa connaissance ;
- le fait d'entendre de façon à comprendre, dans un endroit calme, une personne de sa connaissance ;
- les fonctions d'évacuation intestinale ou vésicale ;
- le fait de marcher.

L'ajout de ces définitions a eu pour conséquence que le nombre de demandes visant à obtenir la déduction pour personne handicapée est passé d'environ 150 000 en 1986 à 400 000 en 1991.

En 1996, un nouveau rapport fédéral *Donner un sens à notre citoyenneté canadienne : La volonté d'intégrer les personnes handicapées* fut déposé, et il recommandait notamment que le formulaire permettant de donner ouverture au crédit soit revu afin de correspondre davantage à la définition de la personne handicapée. Il proposait également de limiter les cotisations fiscales rétroactives d'admissibilité au crédit d'impôt pour personne handicapée.

Au cours de l'année 2000, la législation fiscale fut de nouveau modifiée afin de répondre aux critiques de certains contribuables, appuyés par des spécialistes de la santé, qui étaient d'avis que les conditions d'ouverture au crédit ne permettaient pas notamment à certaines personnes ayant des incapacités graves de s'en prévaloir, tels les gens atteints de problèmes pulmonaires sévères, puisque leurs activités courantes de la vie quotidienne n'étaient pas limitées au sens indiqué dans la loi. À cette fin, la loi a été modifiée afin de prévoir que le crédit sera aussi accordé lorsque « les effets de la déficience sont tels que la capacité du particulier d'accomplir une activité courante de la vie quotidienne est limitée de façon marquée ou le serait en l'absence de soins thérapeutiques qui à la fois :

- sont essentiels au maintien d'une fonction vitale du particulier ;
- doivent être administrés au moins 3 fois par semaine pendant une durée totale moyenne d'au moins 14 heures par semaine ;
- selon ce à quoi il est raisonnable de s'attendre, n'ont pas d'effet bénéfique sur des personnes n'ayant pas une telle déficience ».

Finalement, au cours de cette même année 2000, le crédit d'impôt fédéral a été substantiellement enrichi, et la liste des personnes pouvant bénéficier des effets fiscaux du transfert du crédit a été étendue. À compter de l'année 2000, le crédit a été modifié, de sorte qu'un crédit spécifique a été ajouté pour les personnes de moins de 18 ans et, à compter de 2001, la somme accordée à l'ensemble des personnes visées a été substantiellement bonifiée.

En 2002, deux rapports fédéraux émanant du Comité permanent du développement des ressources humaines et de la condition des personnes handicapées ont été déposés afin de suggérer des modifications importantes.

À la suite du budget fédéral 2003, un comité consultatif technique a été mis sur pied afin de conseiller le ministre des Finances et la ministre du Revenu national quant à l'impact des dispositions fiscales touchant les personnes ayant des incapacités. Sur la base des recommandations de ce comité, le document budgétaire prévoit qu'une somme annuelle de 80 millions de dollars sera ajoutée « pour améliorer l'aide aux personnes handicapées ».

2.1.2 Champ d'application

Tel que l'indiquait la Cour d'appel fédérale dans l'affaire *Johnston c. R*, 98 D.T.C. 6169, le crédit pour déficience mentale ou physique « ne vise pas à indemniser la personne atteinte d'une déficience mentale ou physique grave et prolongée, mais plutôt à l'aider à défrayer les coûts supplémentaires liés au fait de devoir vivre et travailler malgré une telle déficience ». À cet égard, le juge Bowman s'est exprimé ainsi dans l'affaire *Radage c. R*. :

> L'intention du législateur semble être d'accorder un modeste allégement fiscal à ceux et celles qui entrent dans une catégorie relativement restreinte de personnes limitées de façon marquée par une déficience mentale ou physique. L'intention n'est pas d'accorder le crédit à quiconque a une déficience ni de dresser un obstacle impossible à surmonter pour presque toutes les personnes handicapées. On reconnaît manifestement que certaines personnes ayant une déficience ont besoin d'un tel allégement fiscal, et l'intention est que cette disposition profite à de telles personnes.

L'article 118.3 donne ouverture à une réduction de l'impôt payable dans la mesure où les conditions prévues à la loi sont réunies. Malgré les recommandations formulées dans divers rapports, ce crédit n'est nullement calculé selon la dépense réelle encourue. Il n'est également pas remboursable de telle sorte qu'en l'absence d'impôt

payable, il est tout simplement perdu à moins d'être transféré à un contribuable visé par la loi.

Au cours des années, compte tenu de l'imprécision et du caractère plutôt vague de la terminologie législative d'une part, et du haut degré de subjectivité liée à la reconnaissance du statut de personne ayant des incapacités, les contribuables ont contesté à plusieurs reprises le refus des autorités fiscales d'octroyer ce crédit.

Afin d'avoir une image plus exacte des difficultés vécues par les contribuables qui ont présenté une demande de crédit, nous avons procédé à une analyse de quelques décisions de la Cour canadienne de l'impôt prises au hasard, soit 222 décisions rendues entre les années 1991 et 2003. Voici les conclusions que nous pouvons en tirer.

Parmi ces 222 appels portés à la Cour canadienne de l'impôt par les contribuables à la suite du refus du ministre du Revenu d'accorder le crédit, les tribunaux ont accueilli 89 de ces demandes, rejetant les autres, donnant ainsi gain de cause à 40,1 % des contribuables qui s'opposaient à la décision. Parmi les décisions défavorables aux contribuables, dans 29 cas, les juges ont fait part de regrets quant à la situation vécue par le contribuable.

Seulement 88 de ces 222 contribuables, soit 38,7 % d'entre eux, étaient représentés par avocats ou autrement. Ce facteur semble avoir peu d'impact sur l'issue du procès puisque 37 % des contribuables représentés ont eu gain de cause contre 36 % pour les contribuables non représentés.

Parmi les dossiers recensés, 76 % visaient une incapacité physique, 16 % une incapacité mentale et près de 6 % couvraient une incapacité physique et mentale.

L'étude de ces jugements révèle que certains juges semblent octroyer le crédit de façon beaucoup plus libérale que d'autres. Par exemple, sur les 21 décisions rendues par le juge Bowman au cours des années 1994 à 2003, 17 ont été favorables. Toutefois, la

juge Lamarre a rejeté 13 des 21 demandes de crédit qui lui furent présentées entre les années 1992 à 2003.

Voici un aperçu de quelques-uns des commentaires les plus éloquents émis par les tribunaux quant à la rigidité des critères énoncés dans la loi et son impact sur le contribuable :

Craven c. Canada, [1995] A.C.I. n^{o} 239, juge Bowman :

> Il ne répond toutefois pas aux critères stricts du paragraphe 118.4 (1). Il peut accomplir, bien que péniblement, les activités énumérées à l'alinéa 118.4 (1)c), mais si l'on considère son cas avec réalisme, son incapacité apparaît grave et permanente. L'application des critères inflexibles de l'article 118.4 ne permet pas à la Cour d'user de son bon sens ou de faire montre de compassion dans l'interprétation des dispositions relatives au crédit d'impôt pour personnes handicapées prévu par la Loi de l'impôt sur le revenu -- dispositions qui doivent être appliquées avec compassion et bon sens. La loi établit une distinction injuste entre les personnes qui répondent aux critères sévères du paragraphe 118.4 (1) et celles, comme l'appelant, qui souffrent d'autres formes d'incapacité grave et permanente, mais qui ne satisfont pas à ces critères.

Thorpe c. Canada,[1995] A.C.I. n^{o} 255, juge Rowe :

> De toute évidence, comme je l'ai déjà dit, il est certain que la condition de l'appelante est douloureuse et continue. Toutefois, à mon avis, l'appelante n'a malheureusement pas suffisamment de difficulté à marcher pour satisfaire aux exigences de la disposition pertinente et, ici encore, je tiens à faire remarquer que, selon le libellé de cette disposition, l'exigence à laquelle il faut satisfaire pour avoir droit au crédit d'impôt pour personnes handicapées est, à mon avis, excessive.

Bisier c. Canada, [1996] A.C.I. n^{o} 235, juge Tardif :

> Si aucune définition d'*activité courante de la vie quotidienne* n'était prévue par la Loi de l'impôt sur le revenu, le tribunal aurait alors une discrétion permettant la considération d'éléments subjectifs puisqu'une même maladie peut avoir des séquelles fort différentes d'une personne à une autre. Depuis les modifications de la Loi qui prévoit maintenant une définition restrictive, il y a peu d'espace pour la compassion voire même le bon sens dans bien des cas.

Campbell c. Canada, [1996] A.C.I. n^{o} 513, juge Rowe :

> Il ne fait pas de doute que, dans l'année qui vient de s'écouler, Revenu Canada a examiné de plus près les demandes de crédit d'impôt pour personnes handicapées. Les vérifications qui en ont découlé, conjuguées à la modification apportée à la loi en 1991, ont laissé de nombreux contribuables frustrés et confus, en particulier ceux qui recevaient le crédit, sans aucune difficulté, avant 1991, pour un état qui existe encore, mais relativement auquel on leur a refusé le crédit à compter de 1994. Pour le contribuable, rien n'a changé, si ce n'est que le ministre ne fait plus droit à la demande de crédit. Nul doute que la loi est conçue pour restreindre la demande aux personnes les plus gravement handicapées. Le problème est amplifié par le fait que les cotisations varient d'une année à l'autre et d'une personne à l'autre. D'où la difficulté de comprendre les décisions lorsque plusieurs de ces personnes se réunissent pour former des groupes de soutien et discuter du succès ou du rejet de leur demande. Ce sont là des questions qu'il revient au ministre de régler et auxquelles la Cour ne peut remédier. Il n'appartient pas non plus à la Cour de valider, parce qu'il mérite d'être davantage reconnu, une maladie ou un état donné qui peut être mal compris de la majorité des médecins.

O'Shea c. Canada, [1996] A.C.I. n^{o} 1743, juge Mogan :

> Malheureusement, toutefois, la Cour n'est pas un tribunal d'*equity*. Je n'ai pas la compétence me permettant de faire ce que j'estime être juste ou ce que certains citoyens et contribuables estiment juste dans des circonstances données, et le législateur ne m'en donne pas le pouvoir.

Shiels c. Canada, [1999] A.C.I. n^{o} 848, juge Bowie :

> Je crois le témoignage de l'appelante, et je suis tout à fait convaincu que ses blessures étaient graves et que les activités courantes de la vie quotidienne lui paraissaient effectivement très difficiles, en raison notamment du fait qu'elle avait à s'occuper d'un nouveau-né. Toute la sympathie que je puis éprouver pour l'appelante n'enlève cependant pas au libellé utilisé par le législateur aux articles 118.3 et 118.4 de la Loi son caractère très restrictif.

Ces commentaires plutôt acerbes des tribunaux sont le reflet du malaise éprouvé par les juges tenus d'appliquer un texte législatif de façon stricte, alors que le côté humain doit céder le pas à l'aspect purement légaliste.

Toutefois, ce courant plutôt conservateur fut marqué par un revirement assez soudain en 1996 dans l'affaire *Radage c. R.*, [1996] D.T.C. 2528 où le juge Bowman a avoué avoir mal interprété le critère dans l'affaire *Craven c. R*, (précitée) :

> Dans cette affaire-là [*Craven*], j'estime avoir énoncé le critère d'une manière trop étroite. Depuis, j'ai entendu de nombreuses causes relatives au crédit d'impôt pour déficience, et ma pensée a évolué. […]
>
> La Cour doit, tout en reconnaissant l'étroitesse des critères énumérés aux articles 118.3 et 118.4, interpréter les dispositions de manière libérale, humaine et compatissante et non pas d'une façon étroite et technique… Pour donner effet à l'intention du législateur, qui est d'accorder à des personnes déficientes un certain allégement qui atténuera jusqu'à un certain point les difficultés accrues avec lesquelles leurs déficiences les obligent à composer, la disposition doit recevoir une interprétation humaine et compatissante.

Depuis, cette décision est citée avec approbation et l'interprétation « humaine et compatissante » est maintenant devenue la norme en cette matière. Aussi, les tribunaux sont-ils conscients du malaise exprimé par le contribuable qui doit mettre en évidence son incapacité devant une cour de justice :

> M. Morrison illustre un phénomène que j'ai fréquemment observé dans ces cas : loin d'exagérer ses difficultés, il a eu tendance, comme bien d'autres appelants, à en minimiser l'importance, comme s'il hésitait à en révéler toute l'étendue. Cette tendance, qui naît peut-être d'un sentiment injustifié de honte devant leur handicap, est un élément auquel la Cour doit se montrer sensible en appréciant la preuve. (*Morrison c. R*., 2000 ACI, n^{o} 302)

Examinons maintenant les difficultés qu'ont rencontrées les contribuables à l'égard de certains critères d'obtention du crédit prévus par la loi.

2.1.2.1 Formulaire médical

L'obtention du crédit est conditionnelle au dépôt d'un formulaire dûment rempli par un professionnel de la santé attestant de l'incapacité de la personne. La Cour d'appel fédérale a précisé l'importance qui doit être donnée à ce formulaire, et il est maintenant clair que son absence niera le droit au crédit. Ce formulaire doit être rempli par un médecin ou le spécialiste approprié (ex. : optométriste pour une déficience visuelle, ergothérapeute pour une déficience quant à la capacité à marcher, etc.). Bien que l'on

puisse reconnaître la nécessité d'une expertise médicale, nous nous questionnons sur la justesse des conclusions qui peuvent être tirées à partir de ce formulaire.

Par exemple, le médecin doit indiquer si le patient est toujours ou presque toujours incapable de marcher 50 mètres sur un terrain plat ou s'il lui faut un temps excessif pour le faire. Dans la mesure où les visites du patient se limitent au bureau du médecin, comment ce dernier peut-il répondre à cette question correctement ?

Afin de bien répondre à toutes les questions posées, il est évident qu'un certain temps doit y être consacré. Est-il possible qu'un médecin en CLSC aurait davantage de temps à consacrer au patient que celui exerçant en pratique privée, et qu'il puisse ainsi dresser un tableau beaucoup plus exact de la situation de la personne ?

Le juge Bowman dans l'affaire *Morrison c. R.*, [2000] A.C.I. n^{o} 302 a exprimé sa préoccupation de la façon suivante :

> Certains médecins sont peu soigneux de ce qu'ils écrivent et un petit nombre d'entre eux considèrent les demandes des patients comme « casse-pieds ». Il n'est pas inconcevable qu'ils cochent la case non dans des cas qui méritent de toute évidence que la case oui soit cochée afin d'éviter d'être appelés à témoigner. S'attendre à ce que des personnes handicapées citent leur médecin à comparaître et leur versent les 300 $ prescrits par le paragraphe 12(2) des règles de la procédure informelle n'est pas réaliste. Un grand nombre de ces affaires de crédit d'impôt pour les personnes handicapées sont entendues par notre cour tous les ans. L'article 118.3 est un article important et il a une signification considérable pour nombre de petits contribuables. Les droits de ces personnes sont abandonnés aux caprices des médecins qui peuvent considérer que la comparution devant la Cour, en qualité de témoin, constitue une utilisation mal appropriée de leur temps. La plupart des décisions des autorités fiscales font l'objet d'un appel devant notre cour. Le résultat de la décision de la Cour d'appel fédérale est que les personnes gravement handicapées ne disposent pas d'un tel recours lorsqu'un médecin ou sa secrétaire coche la mauvaise case, que ce soit par négligence ou délibérément, ou refuse de signer un certificat.

Le juge Bowman répondait ainsi aux propos de la Cour d'appel fédérale qui réitérait l'obligation du contribuable de fournir le certificat médical (*MacIsaac c. Canada* et

Morrison c. Canada, [1999] A.C.F. n^{o} 1898, renversant ainsi une décision que le juge Bowman avait précédemment rendue alors qu'il avait jugé que le certificat n'était qu'à titre indicatif. Dans cette dernière affaire, ce n'est pas le médecin, mais plutôt sa secrétaire, qui avait rempli le certificat, et elle avait coché par erreur la case « NON » alors que c'est la case « OUI » qu'elle aurait dû cocher.

Dans une autre décision, *Gilbert c. R*, [2001] A.C.I. n^{o} 600, le juge s'est exprimé ainsi :

> Il n'est pas évident que de poser les questions telles qu'elles le sont dans le formulaire amène le médecin à faire un examen approfondi des questions auxquelles il fait face. Cocher des cases n'est peut-être pas la meilleure façon d'obtenir un résultat juste. Néanmoins, la Loi exige de telles attestations et en fait une condition préalable pour l'obtention de crédits d'impôt pour déficience.

Tel qu'indiqué dans nos statistiques de la présente section, certains juges démontrent une très grande ouverture quant à l'interprétation et à l'application de la disposition législative donnant ouverture au crédit. Le juge Bowman de la Cour canadienne de l'impôt est très critique de la position adoptée par la Cour d'appel fédérale, qui semble exiger que le contribuable fournisse une preuve médicale supplémentaire lorsque les certificats médicaux présentent une ambiguïté quelconque. Dans l'affaire *Froese c. R*, [1998] A.C.I. n^{o} 264, ce juge s'est exprimé ainsi :

> Il semble par ailleurs plutôt étrange que le ministère du Revenu national rejette systématiquement les certificats sur lesquels les médecins ont indiqué qu'un patient a une déficience grave et prolongée, mais que dans les cas où, en dépit de toute la preuve, le médecin coche une case qui ne favorise pas la personne déficiente, le médecin y voit un obstacle insurmontable pour faire droit à la demande du contribuable. Une telle position constitue une utilisation inacceptable de considération d'ordre technique dans le but de refuser des demandes légitimes.

Dans cette affaire, le médecin qui avait signé l'attestation avait répondu « NON » à la question « la déficience est-elle suffisamment grave pour limiter, en tout temps ou presque, l'activité essentielle de la vie quotidienne même si le patient utilise des appareils appropriés, prend des médicaments ou suit une thérapie ? » Le juge a conclu

que, de toute évidence, cette réponse n'était que le résultat de l'erreur du médecin et ne reflétait nullement la réalité.

Dans l'affaire *Morrison* précitée, ce même juge indique ceci :

> le certificat médical […] n'a pas pour objet d'usurper des pouvoirs du ministère du Revenu national et de la Cour et de les conférer à un médecin, mais vise plutôt à fournir des renseignements médicaux supplémentaires sur le fondement desquels les fonctionnaires du ministère peuvent faire une évaluation éclairée de la demande de crédit. Il garantit aussi que le contribuable a au moins consulté un médecin, ce qui, évidemment, contribue à prévenir une prolifération de demandes frivoles. […]
>
> la question de savoir si les effets de la déficience d'un particulier sont tels que sa capacité d'accomplir une activité courante de la vie quotidienne est limitée de façon marquée en est une qui peut être tranchée par un profane qui procède dans une mesure raisonnable des pouvoirs d'observation et de compréhension. Les termes des articles 118.3 et 118.4 ne sont pas des termes techniques propres à la médecine. Il n'est nul besoin d'être diplômé en médecine pour déterminer si une personne peut marcher ou s'habiller ou si elle est incapable de le faire sans y consacrer un temps excessif. Ce sont là des questions qui relèvent de l'expérience humaine de tous les jours.

Pour le juge Bowman, la décision de la Cour d'appel fédérale qui exige le dépôt du certificat pose problème. Pour ce juge, « il est clair que le Parlement devrait réexaminer le libellé qui a amené la Cour d'appel fédérale à prendre la décision qu'elle a rendue ».

Par ailleurs, malgré le caractère plutôt solennel de ce certificat, il arrive fréquemment que les autorités fiscales contestent le diagnostic posé par le médecin afin de nier le droit au crédit, et ce, sans présenter de contre-expertise devant le tribunal. Or, les tribunaux ont maintenant pris une position claire à cet effet : une attestation non équivoque de l'existence d'une déficience visée par une personne autorisée ne saurait être écartée sans une preuve tout à fait convaincante du contraire. Les tribunaux sont bien au fait que le contribuable qui désire assigner le médecin se trouve dans une position délicate, puisqu'il devra ainsi assumer des frais prescrits par les règles de

procédure. Or, c'est au ministre du Revenu à assigner le professionnel de la santé et à assumer les frais s'il désire contester le rapport produit par le contribuable.

Le 22 décembre 2003, un nouveau formulaire T2201 F (03), intitulé « Certificat pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées », a été publié par l'ADRC. Ce formulaire constitue une nette amélioration par rapport au précédent. La page d'introduction présente de façon beaucoup plus claire les conditions d'admissibilité au crédit. Par ailleurs, pour ce qui est de la portion qui doit être remplie par la personne qualifiée (le spécialiste de la santé), ce formulaire est moins directif que le précédent qui indiquait notamment ceci : « votre patient peut-il entendre ? Répondez non uniquement si, même à l'aide d'appareils […] votre patient est toujours ou presque toujours incapable d'entendre de manière […] ». Le nouveau formulaire est mieux adapté à la situation du requérant puisque chaque incapacité pouvant donner ouverture au crédit fait partie d'une rubrique distincte qui, en plus de contenir des exemples, débute par une présentation des conditions d'admissibilité propres à l'incapacité. Une distinction par rapport à l'ancien formulaire : alors que le précédent spécifiait que l'incapacité de marcher se vérifiait sur une distance de 50 mètres, le nouveau formulaire, à l'instar de celui du Québec, indique que la distance de marche doit maintenant couvrir 100 mètres.

2.1.2.2 Notion de « déficience grave ou prolongée »

Une des conditions d'obtention du crédit est que le particulier ait une déficience mentale ou physique grave et prolongée. Cette déficience est prolongée si elle dure au moins 12 mois d'affilée ou s'il est raisonnable de s'attendre à ce qu'elle dure au moins 12 mois d'affilée. Ainsi, une incapacité temporaire de moins de 12 mois ne peut donner ouverture au crédit sauf lorsque la guérison survient de façon beaucoup plus hâtive que prévue. Ainsi, le tribunal a donné gain de cause à un contribuable qui avait eu la jambe broyée dans un accident d'automobile alors que le ministre avait refusé d'accorder le crédit au motif que le contribuable n'avait pas été immobilisé durant une période d'au moins 12 mois. La Cour a jugé qu'il était prévisible que la période d'incapacité dure au moins 12 mois (*Keith c. R*, [1996] 3 CTC 2657).

Le contribuable doit aussi démontrer que les effets de la déficience sont tels que la capacité du particulier d'accomplir une activité courante de la vie quotidienne est limitée de façon marquée. Or, lorsqu'une personne utilise des orthèses ou des prothèses afin d'améliorer sa condition et que celles-ci lui permettent d'accomplir ses activités de la vie courante alors qu'elle serait incapable sans cette aide, le crédit lui sera refusé, puisque ses activités cessent alors d'être limitées de façon marquée.

Lorsque le contribuable réussit à effectuer les activités de la vie quotidienne, le crédit lui sera ouvert seulement si le temps requis pour les exécuter est excessif. Or, cette notion de « temps excessif » a fait l'objet de plusieurs décisions. Depuis la décision de la Cour d'appel fédérale dans l'affaire *Johnston c. R* (98 D.T.C. 6169), cette expression « renvoie à un temps beaucoup plus long que celui que doivent normalement consacrer à ses activités des personnes en santé. Il implique une différence marquée d'avec ce que l'on considère normal ». Par exemple, la jurisprudence a récemment admis que les activités entourant l'alimentation peuvent donner lieu à un temps excessif lorsqu'elles « constituent ensemble un écart marqué par rapport à la normalité et représentent un écart important par rapport à ce qui est courant et habituel ». Ainsi, le problème s'est posé à un contribuable qui réclamait le crédit, puisqu'il invoquait que sa capacité de s'alimenter était limitée de façon marquée compte tenu du temps excessif à accomplir cette activité. La preuve avait démontré que le contribuable était atteint d'une maladie incurable et peut-être mortelle et qu'une diète sans gluten était obligatoire dans les circonstances. Or, puisque le gluten se retrouvait dans une grande variété de produits, il était essentiel que l'appelant lise toutes les étiquettes de tous les produits qu'il avait l'intention d'acheter et de préparer. Le contribuable devait ainsi passer une somme de temps considérable à faire ses emplettes afin de trouver des produits sans gluten. La Cour a jugé que cette situation occasionnait beaucoup plus qu'un simple inconvénient au contribuable et que toutes les activités mises ensemble en vue de préparer chaque repas sans gluten correspondaient à un temps excessif consacré au fait de s'alimenter comparativement au temps qu'une personne ordinaire en santé consacre au suivi d'une diète de routine (*Hamilton c. R*, [2001] A.C.I. n^{o} 300).

Ce courant jurisprudentiel a toutefois été renversé par une modification législative en date du 30 août 2002 (projet de loi C-28, sanctionné le 19 juin 2003, L.C. 2003, c. 15) en vertu de laquelle « le fait de s'alimenter s'entend de l'acte de mettre des aliments dans sa bouche ou de les avaler. Cette notion ne comprend donc pas, par exemple, les activités liées au choix, à la recherche, à la préparation et à la cuisson des aliments, à la lecture des étiquettes et des recettes et au lavage de la vaisselle ». (Notes explicatives accompagnant le projet de législation, émises le 30 août 2002)

Le législateur a défini les activités de la vie courante et il incombe au contribuable de prouver qu'une de ces activités est limitée de façon marquée. Ces activités sont :

- la perception, la réflexion et la mémoire ;
- le fait de s'alimenter ;
- le fait de s'habiller ;
- le fait de parler de façon à se faire comprendre, dans un endroit calme, par une personne de sa connaissance ;
- le fait d'entendre de façon à comprendre, dans un endroit calme, une personne de sa connaissance ;
- les fonctions d'évacuation intestinale ou vésicale ;
- le fait de marcher.

La loi prévoit qu'aucune autre activité, y compris le travail, les travaux ménagers et les activités sociales ou récréatives, n'est considérée comme une activité courante de la vie quotidienne.

Le critère de « l'incapacité d'un particulier d'accomplir les activités courantes de la vie quotidienne » ne s'applique pas aux personnes qui sont toujours aveugles, puisque la conjonction « ou » sépare les deux expressions dans le texte de loi. Malheureusement, la Cour canadienne de l'impôt, dans l'affaire *Bisier c. R*, [1997] 3 C.T.C. 2209, a omis de faire cette distinction et a refusé le crédit à une contribuable, que le diabète avait rendue presque aveugle, au motif que ses activités de la vie courante n'étaient pas restreintes de façon marquée. Se montrant compréhensif et empreint de compassion face à la situation qui affligeait la contribuable, le juge a néanmoins rendu une décision défavorable. Pourtant, la seule question que le juge devait se poser était simplement de savoir si elle était aveugle ou presque aveugle.

Par ailleurs, dans l'évaluation des activités courantes de la vie quotidienne, les notions de perception, de réflexion et de mémoire doivent être analysées de façon disjonctive, de telle sorte qu'une carence marquée d'un seul de ces trois éléments devrait donner ouverture au crédit. Cependant, dans une décision de la Cour canadienne de l'impôt récemment confirmée par la Cour d'appel fédérale, (*Andrasik c. R.*, 95-3818(IT) I, A-648-02), où un contribuable réclamait le crédit pour un problème lié à l'odorat, la Cour a jugé que ces notions devaient être lues dans leur ensemble et a refusé de l'accorder. Elle a accepté l'argumentation du ministère selon laquelle :

> Il s'agit de perception au sens mental, soit la capacité d'être conscient de ce qui se passe ou de comprendre ce qui se passe. La perception doit être prise en compte avec la réflexion et la mémoire et non pas simplement en fonction de ce qu'est la perception par définition […].
>
> Il ne s'agit pas de la perception, de la réflexion et de la mémoire par rapport à l'un des sens comme le toucher, l'odorat et l'ouïe.

Mis à part ce dernier cas, le caractère disjonctif de l'évaluation s'applique à l'activité qui consiste à s'alimenter et à s'habiller, et plus particulièrement depuis la correction législative du 30 août 2002 qui a clarifié cette situation.

Tel que nous l'avons souligné précédemment, avant les modifications du 30 août 2002, la jurisprudence reconnaissait que la faculté de s'alimenter s'étend bien au-delà de la préparation des repas, puisqu'elle comprend la recherche des denrées requises compte tenu de l'état de santé. La modification annoncée restreindra la portée de ce concept à l'acte de mettre des aliments dans sa bouche ou de les avaler. Cette interprétation large des termes de la loi allait aussi, semble-t-il, à l'encontre de la volonté du législateur qui a profité de cette modification législative pour restreindre le sens à donner au « fait de s'habiller ». On rappellera que la Cour d'appel fédérale, dans l'affaire *Johnston*, avait précisé que cette notion englobait aussi la capacité de répondre aux soins élémentaires d'hygiène. Dorénavant, « le fait de s'habiller s'entend de l'acte de se vêtir et de se dévêtir. Cette notion ne comprend donc pas, par exemple, les activités liées à l'hygiène corporelle, à l'exercice thérapeutique ou au choix, à la recherche et au lavage des

vêtements ». (Notes explicatives accompagnant le projet de législation, émises le 30 août 2002)

Il est intéressant de noter que l'activité qui consiste à occuper un travail ne constitue pas une activité courante de la vie quotidienne. Dans l'affaire *Roussel c. Le ministre du Revenu,* [2000] D.T.C. 6608, le demandeur a produit deux rapports psychiatriques qui concluaient que le contribuable était inapte à reprendre son travail. La Cour d'appel fédérale conclut :

> le droit au crédit d'impôt pour déficience mentale ne s'apprécie pas en fonction de l'aptitude d'un contribuable à continuer ou à exécuter son travail, mais bien en fonction de sa capacité d'accomplir une activité courante de la vie quotidienne. La notion de l'activité courante de la vie quotidienne est définie à l'alinéa c) de l'article 118.4 et répond à des exigences autres et plus spécifiques que l'aptitude au travail. D'ailleurs, l'alinéa d) de ce même article exclut expressément de cette définition le travail ou les activités concernant le travail.

Il est important de noter que le cumul des incapacités ne constitue nullement un facteur aggravant qui peut être pris en compte dans cette analyse. La loi ne permet aucune flexibilité à cet égard. Pourtant, en 2001, 29 % des adultes au Canada âgés de 15 ans et plus ayant une incapacité (12,4 % des Canadiens ont indiqué avoir une incapacité) ont déclaré avoir trois incapacités (voir : *Un profil de l'incapacité au Canada en 2001*, http://www.statcan.ca/francais/freepub/89-577-XIF/free_f.htm).

2.1.3 Calcul du crédit

Le montant attribué au titre de crédit d'impôt pour déficience mentale ou physique est prédéterminé et ne varie nullement selon le revenu de son bénéficiaire. Comme pour les autres crédits personnels, il est calculé en multipliant le taux de base pour l'année, soit pour l'année 2003, 16 % au niveau fédéral et 20 % au niveau québécois, par le montant indiqué dans la loi, soit 6 279 $ pour l'année 2003 au niveau fédéral et 2 295 $ au niveau québécois. Ainsi, le montant du crédit pour l'année 2003 est de 1 004,64 $ au niveau fédéral et de 459 $ au niveau québécois, pour un total de 1 463,64 $.

Lorsque le contribuable n'a pas atteint l'âge de 18 ans avant la fin de l'année, un crédit supplémentaire de 16 % de 3 663 $, soit 586,08 $, est accordé pour l'année 2003 au niveau fédéral. Toutefois, ce deuxième crédit sera réduit lorsque des dépenses au titre de frais de garde d'enfant, de frais de préposé ou encore de frais médicaux excédant 2 145 $ seront réclamés en déduction ou en crédit, de telle sorte que toute somme dépensée à ce titre en excédant de 2 145 $ réduira, dollar pour dollar, le supplément de 3 663 $.

Contrairement à certains autres crédits prévus à la loi, tel le crédit pour personne âgée ou pour personne à charge, ce crédit donne l'apparence d'être fixe et non modulé en fonction du revenu de son bénéficiaire. Cela n'est toutefois que partiellement vrai, puisqu'il n'est pas remboursable et, par conséquent, ne vise que les contribuables redevables d'un impôt. À l'exception des situations de transfert du crédit énumérées à la loi, la personne dont le revenu est trop faible pour payer un impôt ne peut bénéficier de cette somme qui vise pourtant à compenser les coûts supplémentaires occasionnés par l'incapacité. Cette situation est plutôt paradoxale puisque, depuis sa création, il est clair que cette mesure ne se veut nullement une mesure d'incitation au travail. Pourtant, il est difficile de comprendre ce qui justifie d'exclure d'emblée les contribuables dont les revenus sont insuffisants.

Ce crédit ne prend nullement en compte les dépenses supplémentaires engagées et qui découlent de l'incapacité. Aussi, bien qu'il ne s'applique qu'aux personnes sévèrement handicapées, il ne crée pas de catégorie et octroie la même somme à tous.

Ce crédit ne sera pas accordé lorsqu'une dépense représentant une rémunération versée à un préposé ou pour des frais de séjour dans une maison de santé ou de repos est réclamée à titre de crédit pour frais médicaux, sauf lorsque la dépense de frais médicaux vise la rémunération pour les soins d'un préposé limitée à 10 000 $.

Lorsque la personne ayant une incapacité a un impôt autrement payable inférieur au crédit accordé en vertu de la législation, la portion non utilisée du crédit peut être transférée à une autre personne apparentée définie en vertu de la législation. Ainsi, un

contribuable peut demander le crédit à l'égard d'une personne ayant une incapacité et qui est, par rapport à ce contribuable ou à son conjoint, son père, mère, grand-père, grand-mère, enfant, petit-enfant, frère, sœur, tante, oncle, neveu ou nièce (parenté élargie).

Afin de bénéficier du transfert du crédit, la personne désignée doit aussi remplir la majorité des conditions qui lui permettraient de réclamer le crédit pour aidant naturel prévu à l'alinéa 118(1)c.1) ou le crédit de personne à charge visé à l'alinéa 118(1)d). (voir les sections 2.2 et 2.3 de ce chapitre). Le montant du crédit peut être divisé parmi les personnes admissibles à condition que le total du montant transféré n'excède pas le crédit qu'une seule personne aurait pu réclamer par ailleurs.

Ce transfert de crédit minimise quelque peu les difficultés causées par le fait que ce crédit ne soit pas remboursable, sans le rendre nécessairement plus équitable. Ce crédit vise à apporter un certain soulagement économique à la personne ayant des incapacités et qui doit engager certaines dépenses supplémentaires compte tenu de l'incapacité. Or, bien que le bénéficiaire d'un transfert de crédit subvienne aux besoins de la personne handicapée, aucune reddition de compte n'est requise quant à l'utilisation de cette somme, de sorte que ce crédit pourrait n'avoir aucun impact bénéfique pour la personne handicapée.

2.1.4 Caractéristiques

Puisque ce crédit vise à compenser les coûts supplémentaires causés par l'incapacité, il serait logique qu'il ne soit pas octroyé à une personne qui bénéficie déjà d'une telle mesure en vertu d'un autre programme de soutien public. Or, il n'en est rien. Un prestataire de la SAAQ ou de la CSST, dont tous les besoins inhérents à l'incapacité occasionnés par l'accident sont couverts par l'organisme, peut bénéficier du crédit d'impôt. Nous croyons qu'une telle situation n'a pas sa raison d'être et devrait être modifiée afin que le crédit cible les personnes dont les besoins spécifiques ne sont pas couverts par d'autres programmes publics. À cet effet, l'enquête sur la santé et les limitations d'activités de Statistique Canada estime que quelque 36 % des adultes

handicapés engagent des dépenses liées à leurs incapacités qui ne sont pas remboursées par un régime public ou privé.

Un rapport fédéral de 1996 intitulé *Donner un sens à notre citoyenneté canadienne : La volonté d'intégrer les personnes handicapées* révèle que, au cours de l'année 1991, seulement 23 % des Canadiens identifiés comme ayant une incapacité grave ont demandé le crédit au cours de cette année alors que 16 % des personnes ayant une incapacité moyenne ont fait la demande de crédit. La moitié de ces personnes ont déclaré ne pas avoir demandé le crédit parce qu'elles en ignoraient l'existence. Quant aux autres personnes qui ne l'ont pas reçu, elles n'y étaient pas admissibles ou ne croyaient pas y avoir droit. Ces faibles pourcentages illustrent bien la méconnaissance de ce crédit dans la population.

Le maintien du crédit actuel, même en le haussant, est une source constante de tracas pour la personne ayant une incapacité, puisqu'elle doit constamment faire face à la bureaucratie et aux humeurs jurisprudentielles. Aussi, compte tenu de la quantité phénoménale de litiges ayant été portés devant les tribunaux au cours des dix dernières années et des interprétations plus ou moins cohérentes des tribunaux, il nous semble que trop d'embûches pavent le chemin de ce crédit.

Tel que l'ont souligné divers rapports que nous avons consultés, ce crédit atteindrait davantage son objectif s'il était converti en crédit remboursable, ce qui permettrait à tous les contribuables, surtout les moins fortunés, d'en profiter. Toutefois, bien que la conversion en crédit remboursable demeure une avenue intéressante, nous sommes d'avis que d'autres possibilités doivent aussi être examinées.

Compte tenu de ce qui précède, nous croyons opportun que soit mis sur pied un mécanisme permettant de s'assurer que les sommes mises à la disposition des personnes ayant des incapacités leur soient acheminées avec le plus haut taux de succès possible. Le crédit remboursable constitue une solution. D'autres solutions doivent aussi être explorées et c'est ce que nous ferons dans la deuxième partie de ce rapport.

2.1.5 Coûts et statistiques

Les statistiques fédérales de 2001 indiquent que 441 690 personnes ont réclamé le crédit pour déficience mentale ou physique au cours de l'année 2001, entraînant une dépense fédérale pouvant atteindre 424 millions de dollars. Ce nombre de bénéficiaires comprend les contribuables qui ont réclamé le crédit pour eux-mêmes ou pour une autre personne, sauf pour un conjoint. Ainsi, nous devrions ajouter environ 80 000 à 100 000 conjoints qui pourraient avoir bénéficié du crédit par la voie du transfert, pour un coût global de 80 à 100 millions de dollars. De ces 441 690 personnes, 83 440 provenaient du Québec. Parmi ces demandeurs, seulement 231 420 ayant un impôt payable ont utilisé ce crédit pour eux-mêmes ou à l'égard d'une autre personne en 2001; de ce nombre, 37 930 seulement provenaient du Québec, soit un peu plus de 16 %.

L'analyse de ces données nous laisse perplexe puisque 210 270 personnes ont réclamé le crédit dans le cadre de déclarations n'ayant généré aucun impôt payable. L'explication de cette situation est de deux ordres. D'une part, les déductions et crédits de ces personnes, dont le crédit pour déficience mentale ou physique, ont pu réduire à néant l'impôt payable, auquel cas le crédit fut bénéfique. D'autre part, le crédit a pu être demandé dans une circonstance où le revenu était déjà très faible, entraînant un impôt payable nul, tant et si bien que le crédit a eu une influence minime ou même nulle sur le paiement d'impôt requis de cette personne. Bien que nous ne puissions confirmer cette dernière thèse, nous pouvons néanmoins constater que, pour l'année 2001, 63 610 personnes au Canada ayant un revenu inférieur à 10 000 $, ce qui inclut aussi un « revenu négatif », ont réclamé ce crédit dans le cadre de leur déclaration dans le but légitime d'en tirer un certain bénéfice économique. Or, avec un tel revenu, compte tenu des crédits personnels qui peuvent être réclamés, les chances qu'un impôt soit payable avant même de prendre en compte le crédit pour déficience mentale ou physique sont bien minces. Pour une portion importante de cette catégorie de contribuables, sinon la totalité, ce crédit n'a peut-être eu aucun impact positif. Mentionnons toutefois que la portion inutilisée du crédit peut être transférée à une autre personne et que ceci exige au préalable que la personne handicapée ait réclamé le crédit dans sa propre

déclaration de revenus. Il est donc possible que cela explique partiellement les données que nous avons recueillies.

Comme on peut s'en douter, plus de la moitié des requérants, soit 52 %, sont âgés de 65 ans ou plus et, parmi ce groupe, 132 380 sont âgés de 75 ans et plus, soit 34 % de la totalité des demandeurs. Les bénéfices fiscaux octroyés aux gens âgés de 65 ans ou plus constituent un poste de dépense important, soit 194 millions de dollars.

À l'échelle québécoise, les statistiques émanant du ministère des Finances du Québec indiquent que 99 115 personnes ont bénéficié du crédit québécois en 2000, directement ou par l'intermédiaire du mécanisme de transfert, ce qui pourrait représenter une dépense budgétaire de l'ordre de 43,6 millions de dollars. A l'instar des statistiques fédérales, lorsque le crédit est réclamé par la personne ayant une incapacité, près de la moitié des 75 280 bénéficiaires étaient âgés de 65 ans ou plus, soit 36 447.

2.2 Le crédit pour personne à charge

2.2.1 Historique

Au milieu des années 20, la législation fiscale a reconnu l'importance du soutien familial en accordant une exemption de base à l'égard d'un « fils ou frère incapable de gagner sa vie à cause d'infirmité mentale ou physique ». Avec le temps, l'entourage familial visé par la mesure a été étendu mais le concept d'*infirmité mentale ou physique* est demeuré intact.

Depuis 1993, l'aide fiscale fédérale à l'égard des enfants de moins de 18 ans est octroyée par le biais de la prestation fiscale pour enfants de telle sorte que, règle générale, les crédits d'impôts fédéraux ne peuvent plus être réclamés pour un enfant, même s'il a une incapacité grave et prolongée. Par ailleurs, le crédit pour personne à charge a été maintenu à l'égard d'une personne de 18 ans ou plus qui est à la charge d'une autre personne en raison d'une *infirmité mentale ou physique*.

2.2.2 Champ d'application

Alors que le crédit général pour déficience mentale ou physique est principalement octroyé à la personne ayant une incapacité, ce crédit pour personne à charge est octroyé à la personne qui subvient aux besoins de la personne ayant une incapacité. Il s'agit d'un crédit distinct du crédit de personne mariée ou de celui pour personne à charge, puisqu'il comporte des conditions particulières liées à une incapacité ; néanmoins, il ne peut être cumulé avec ces derniers.

Selon le document émis par le gouvernement du Québec intitulé *Dépenses fiscales*, édition 2001, ce crédit vise à reconnaître les « besoins essentiels reconnus ». Toujours selon ce document, il vise à ne « pas taxer le revenu qu'un contribuable consacre à la satisfaction des besoins essentiels d'une personne âgée de 18 ans ou plus qui est financièrement à sa charge » (partie II, p. 7). Ce crédit permet à un contribuable visé à la loi et qui a la charge d'une personne âgée de 18 ans ou plus et ayant une *infirmité mentale ou physique* de réclamer un crédit d'impôt non remboursable à l'égard de cette personne. Ce crédit ne vise pas seulement l'enfant du contribuable.

Au niveau fédéral, il sera autorisé dans la mesure où la personne à charge est, par rapport au contribuable, son enfant, petit-enfant, père, mère, frère, sœur, grand-père, grand-mère, oncle, tante, neveu ou nièce, et la cohabitation des deux personnes n'est nullement requise. Une personne ne peut donc obtenir ce crédit lorsque la personne à charge est son conjoint. Le bénéficiaire du crédit doit subvenir aux besoins de l'autre personne sans toutefois avoir à justifier l'usage du crédit obtenu.

Au Québec, ce crédit a une portée plus restreinte puisqu'il ne vise, de façon générale, que les enfants, parents, grands-parents, frères et sœurs, dont le contribuable a la charge.

La terminologie utilisée dans le cadre de cette disposition fiscale, soit « infirmité mentale ou physique » n'est pas la plus heureuse, mais la jurisprudence récente

n'hésite pas à utiliser l'expression « déficience mentale ou physique » utilisée ailleurs dans la loi. (*Ascah c. Canada*, [2001] A.C.I. n^{o} 235)

Ce crédit peut être jumelé au crédit pour déficience mentale ou physique ainsi qu'au crédit pour frais médicaux.

2.2.3 Calcul du crédit

Le crédit fédéral diffère quelque peu de sa contrepartie québécoise. En 2003, le crédit fédéral est équivalent à 16 % de la somme de base de 3 663 $. Bien qu'il décroisse en fonction de l'augmentation du revenu de la personne handicapée, un revenu de 5 197 $ peut être gagné par la personne à l'égard de laquelle un crédit est réclamé sans que cela n'affecte le crédit. Tout revenu excédentaire réduira la somme de base d'un montant équivalent, de telle sorte que le crédit sera nul à compter d'un revenu de 8 860 $.

Au Québec, pour l'année 2003, le crédit est de 20 % de la somme de base fixée à 6 150 $. Cette somme de base est toutefois réduite par chaque dollar de revenu net gagné par la personne à charge, de telle sorte que le crédit devient nul lorsque le revenu atteint 6 150 $. Bien que le crédit du Québec semble plus généreux a priori que le crédit fédéral, le mode de calcul du fédéral est moins pénalisant, car le premier 5 197 $ gagné par la personne à charge ne réduit nullement le crédit du bénéficiaire.

Au niveau fédéral, tel qu'indiqué précédemment, les dispositions législatives ne permettent pas de réclamer ce crédit lorsque la personne handicapée est le conjoint. La raison est fort simple : en vertu de l'alinéa 118(1)a), un crédit est accordé au conjoint d'une personne qui a peu ou pas de revenu. Aussi, le législateur ne veut pas permettre le cumul. Ce crédit pour conjoint est égal à 16 % de 6 586 $ pour l'année 2003. Si le contribuable n'a pas de conjoint ou ne vit pas avec ce conjoint, il pourra réclamer un crédit semblable à l'égard d'une autre personne dont il a la charge (al. 118(1)b)). Dans ces deux situations (118(1)a) et 118(1)b)), la loi empêche le cumul avec le crédit de personne à charge de l'alinéa 118(1)d). Toutefois, l'alinéa 118(1)e) précise que si le

crédit pour personne à charge visé à l'alinéa 118(1)d) est plus généreux que le crédit de l'alinéa 118(1)b) (et non le crédit de 118(1)a)), l'excédent peut aussi être réclamé. Il est vrai que l'alinéa 118(1)d) peut, selon les circonstances, être plus généreux, puisque le crédit est réduit seulement lorsque la personne « handicapée » a un revenu excédent 5 197 $ alors que le crédit pour conjoint ou assimilé à un tel crédit est réduit aussitôt que le revenu excède 659 $. Par exemple, un revenu de 5 000 $ gagné par la personne handicapée donne ouverture, selon l'alinéa 118(1)a) à un crédit de 16 % de 2 245 $, soit 16 % de 6 586 $ - (5 000 $ - 659 $), alors que le crédit de l'alinéa 118(1)d) est de 16 % de 3 663 $. Compte tenu de l'alinéa 118(1)e), cet écart peut être réclamé par une personne qui a bénéficié du crédit assimilé à celui de conjoint de l'alinéa 118(1)b) alors qu'il est nié à la personne visée par le crédit de l'alinéa 118(1)a).

2.2.4 Caractéristiques

L'aide offerte par ce crédit peut être octroyée même lorsque le crédit pour déficience mentale ou physique a été réclamé. Pour l'année 2003, ce cumul permet une réduction d'impôt annuelle qui peut atteindre, lorsque les revenus de la personne ayant une incapacité sont faibles ou inexistants, 1 590,72 $ au niveau fédéral et 1 689 $ au niveau québécois, soit plus de 273 $ sur une base mensuelle.

2.2.5 Coûts et statistiques

Au niveau fédéral, le coût de ce crédit est évalué à 10 millions de dollars pour l'année 2003, tandis que le Québec consacre une somme de 5 millions de dollars pour les « autres personnes à charge » de 18 ans et plus, ce qui comprend notamment les personnes handicapées. Aucune donnée plus précise ne semble disponible. La répartition de ce crédit par tranche de revenu ne semble pas non plus disponible.

2.3 Le crédit pour aidant naturel

2.3.1 Historique

Compte tenu de la rareté des ressources humaines et matérielles, l'État compte de plus en plus sur l'aide apportée par les aidants naturels afin de prendre soin des personnes dans le besoin. Les conclusions de l'Institut de la statistique du Québec, *Portrait social du Québec : données et analyses*, 2001, sont éloquentes.

> En 1996, 584 600 personnes résidant au Québec, soit 9,9 % de la population de 15 ans et plus, ont reçu de l'aide en raison du fait qu'elles se trouvaient dans une situation difficile temporaire, ou encore en raison d'une incapacité ou d'un problème de santé de longue durée. Ces personnes ont reçu de l'aide pour l'une ou l'autre des activités suivantes : les soins aux enfants, les activités domestiques, les activités civiques et les soins personnels. Pendant la même année, 1 289 700 personnes, soit 21,8 % de la population de 15 ans et plus, ont donné de l'aide à des personnes se trouvant dans l'une ou l'autre situation.
>
> Les personnes qui ont donné de l'aide en raison d'une incapacité ou d'un problème de santé de longue durée sont plus nombreuses (759 500) que celles qui ont dispensé une telle aide en raison d'une situation difficile temporaire (706 400). La proportion des femmes parmi les aidants demeure à peu près la même dans les deux cas, soit 61,4 % et 63,2 %. Au total, les femmes représentent 61,2 % des fournisseurs d'aide dans l'une ou l'autre situation.
>
> Chez les personnes qui ont fourni de l'aide en raison d'une incapacité ou d'un problème de santé de longue durée, la relation avec la personne aidée tient généralement à des liens tissés dans la famille immédiate (60,4 % des aidants et 70,4 % des aidantes) ou, avec une fréquence étonnante, dans le contexte de l'amitié, du travail ou du voisinage (46,9 % des aidants et 30,6 % des aidantes). L'aide dispensée par l'intermédiaire de l'aide formelle s'avère peu fréquente (8,2 % du total des aidants).

Ces résultats ont confirmé la justesse de la mesure mise de l'avant au Québec (art. 1029.8.57 LI) et reprise, en partie, par la loi fédérale en 1998. (al. 118(1)c.1) LIR). De façon générale, elle accorde un crédit d'impôt à une personne qui héberge dans sa demeure une personne admissible.

2.3.2 Champ d'application

Bien que la mesure ait le même objectif au niveau fédéral que provincial, soit celui d'accorder une aide financière au contribuable qui héberge une personne de sa parenté élargie qui a atteint l'âge de 65 ou 70 ans ou qui a une *déficience mentale ou physique*, certaines différences marquées existent entre ces deux régimes.

Au fédéral, ce crédit est consenti aussitôt que le requérant héberge un parent ou un grand-parent âgé d'au moins 65 ans ou une personne visée par la loi âgée de 18 ans ou plus (enfant, petit-enfant, parent, grand-parent, frère, sœur, oncle, tante, neveu, nièce : « parenté élargie ») qui a une déficience mentale ou physique, sans avoir besoin de démontrer une prise en charge de cette personne. Le lieu d'habitation doit être le lieu habituel de résidence de ces deux personnes. Ce crédit ne peut être jumelé au crédit de personne à charge abordé à la section 2.2 et n'est nullement influencé par le revenu de la personne hébergée. Il peut être réclamé par plus d'une personne à condition que le total du crédit réclamé n'excède pas la somme qui aurait pu être réclamée par une seule personne.

Au Québec, la caractéristique principale de ce crédit est qu'il s'agit d'un crédit remboursable. Il est davantage connu comme le « crédit d'impôt pour un particulier hébergeant un parent » et s'applique lorsque la personne hébergée est un ascendant, (incluant oncle, tante, grand-oncle, grand-tante) âgé d'au moins 70 ans et qui fait partie de la « parenté élargie », ou âgé d'au moins 60 ans lorsque la personne admissible a une *déficience mentale ou physique grave et prolongée*.

Bien qu'à première vue, ces programmes présentent des similitudes frappantes, ils recèlent des distinctions importantes. L'hébergement d'une personne qui n'a pas de *déficience mentale ou physique* donnera ouverture au crédit fédéral à condition qu'elle soit, par rapport au contribuable, son parent ou grand-parent âgé de 65 ans et plus. L'hébergement de toute autre personne de la parenté élargie, incluant l'enfant du contribuable, sera visé par la disposition seulement si elle a une déficience mentale ou physique.

Au Québec, l'hébergement par le contribuable de tout ascendant âgé de 70 ans ou plus donnera ouverture au crédit alors que si cette personne a une *déficience mentale ou physique*, l'âge requis tombe à 60 ans. Lorsque la personne visée est âgée d'au moins 18 ans et est l'enfant, le frère ou la sœur du contribuable, le crédit consenti est celui de personne à charge dont il a été question à la section 2.2 et non celui présentement sous étude. On se rappellera que le crédit de personne à charge nécessite que, en plus d'héberger la personne visée, le contribuable doit la prendre en charge s'il veut se prévaloir du crédit, ceci constituant une condition non requise pour le crédit pour particulier hébergeant un parent. Contrairement à la mesure fédérale qui interdit le cumul avec le crédit pour personne à charge, le cumul est permis au Québec, sauf lorsque la personne qui héberge son parent et qui réclame ce crédit est elle-même une personne à charge d'une autre personne, à l'exception de son conjoint. Notons que le budget non voté du 11 mars 2003 du gouvernement du Québec contenait une mesure qui avait pour effet d'élargir substantiellement la liste des personnes admissibles, de sorte qu'elle aurait été semblable à la nomenclature fédérale. Le nouveau gouvernement a choisi de ne pas adopter ces mesures, dans son budget du 12 juin 2003.

2.3.3 Calcul du crédit

En 2003, le crédit fédéral est équivalent à 16 % de la somme de base de 3 663 $. Bien que ce crédit décroisse en fonction de l'augmentation de revenu de la personne âgée ou handicapée, un revenu annuel de 12 509 $ peut être gagné par cette personne sans que le crédit n'en soit diminué. Tout revenu excédentaire réduira la somme de base d'un montant équivalent de sorte que le crédit sera nul à compter d'un revenu de 16 172 $. Au Québec, le crédit remboursable est fixé à 550 $ et ne varie pas selon le revenu de la personne hébergée.

Tout comme pour le crédit pour personne à charge analysé à la section 2.2, les dispositions législatives ne permettent pas de réclamer ce crédit lorsque la personne handicapée est le conjoint. À cet effet, nous référons le lecteur au texte de la section 2.2.3.

2.3.4 Caractéristiques

Tout comme pour le crédit pour personne à charge analysé à la section 2.2, les dispositions législatives permettent de jumeler ce crédit avec le crédit pour déficience mentale ou physique. À cet effet, nous référons le lecteur au texte de la section 2.2.4.

2.3.5 Coûts et statistiques

Au niveau fédéral, les données statistiques de l'année 2001 indiquent que 119 320 personnes ont réclamé ce crédit et que, de ce nombre, 101 420 l'ont fait dans le cadre d'une déclaration imposable. Les bénéficiaires de ce crédit se situent généralement dans le groupe des 35-60 ans, ce qui n'est guère surprenant puisque le crédit est accordé à l'aidant et non à la personne âgée ou à celle ayant une incapacité ; aussi, il est moins fréquent que cette responsabilité soit confiée aux jeunes adultes ou aux personnes âgées qui n'ont parfois pas les ressources suffisantes pour remplir ce rôle relativement exigeant. En 2001, la somme réclamée en déduction, avant la conversion en crédit au taux de 16 %, était de 421 millions de dollars, ce qui correspond à une réduction d'impôt d'environ 564 $ par contribuable qui en fait la demande. Ces données montrent une dépense plus élevée que les projections énoncées dans les *Dépenses fiscales*, qui indiquent des coûts prévus de 50 millions de dollars pour 2003 alors qu'elle risque d'atteindre en réalité 67 millions de dollars.

Au Québec, les statistiques émises par les autorités fiscales en 2003 indiquent que le coût de la mesure s'est élevé à 16 millions de dollars pour le bénéfice de 27 000 contribuables admissibles (*Statistiques fiscales des particuliers – Année d'imposition 2001*, Québec, ministère des Finances et ministère du Revenu, novembre 2003).

Addendum – La prestation canadienne pour enfants handicapés

À la suite du dépôt initial de ce rapport, le gouvernement fédéral a instauré une nouvelle mesure applicable aux familles à revenu modeste qui comptent un enfant handicapé. Contrairement au programme québécois d'allocation pour enfant handicapé, exposé dans le deuxième chapitre de cette première partie, la mesure fédérale tient compte du revenu des parents et est modulée en fonction de ce dernier. Nous avons donc choisi de la présenter en addendum à cette section.

En 1992, le gouvernement fédéral a modifié substantiellement la politique fiscale de l'État visant le soutien des enfants. Ainsi, il a fait disparaître certains paiements et crédits pour enfants pour faire place à la Prestation fiscale pour enfants, une forme de crédit d'impôt remboursable, payable périodiquement au parent assumant principalement la responsabilité d'un enfant. Cette mesure n'est toutefois pas universelle, puisque la prestation diminue graduellement lorsque le revenu familial dépasse un certain seuil, fixé à 33 487 $ en 2003. Depuis son instauration, de nouvelles composantes se sont ajoutées à ce programme, notamment un supplément versé aux familles à revenu plus modeste. De plus, le budget fédéral du 18 février 2003 prévoit l'ajout d'un nouveau volet : la prestation supplémentaire pour enfant handicapé (PEH) qui sera versée lorsque le revenu familial sera inférieur au plafond fixé par la loi. Ce régime est en vigueur depuis juillet 2003, mais n'offrira des prestations qu'à partir de mars 2004.

La PEH est constituée d'un montant maximal annuel de 1 600 $ par enfant handicapé, qui s'ajoute à la prestation fiscale pour enfants. Elle sera versée aux familles qui comptent au moins un enfant handicapé et dont le revenu familial net est inférieur au montant auquel le supplément de la Prestation nationale pour enfants cesse d'être versé, soit 33 487 $ en juillet 2003 (pour les familles comptant au plus trois enfants). Au-delà de ce revenu, la PEH sera réduite d'une portion du revenu familial net, soit 12,2 % dans le cas d'un enfant handicapé, 22,7 % dans le cas de deux enfants handicapés et de 32,6 % dans le cas de trois enfants handicapés ou plus. Ainsi, la PEH sera réduite à zéro lorsque le revenu familial net atteint 46 602 $ et que la famille

compte un enfant handicapé, 47 584 $ dans le cas de deux enfants handicapés et 48 211 $ si elle en compte trois ou plus.

Cette nouvelle prestation, qui peut être cumulée avec les autres mécanismes fiscaux applicables aux personnes handicapées, devrait profiter à 40 000 familles et son coût pour l'exercice 2003-2004 est estimé à 50 millions de dollars.

3. Les mécanismes fiscaux applicables à la suite d'une dépense engagée pour le bénéfice de la personne handicapée

3.1 Le crédit pour frais médicaux

Cette section ne vise pas exclusivement les personnes handicapées. Elle traite plutôt de la fiscalité qui s'applique de façon générale à tout contribuable qui engage une dépense à titre de frais médicaux.

Compte tenu de la nomenclature impressionnante des dépenses donnant ouverture à ce crédit et de l'importance des montants qui y sont consacrés par les autorités fiscales, nous avons choisi de présenter dans une première sous-section (3.1.1) une étude historique plus détaillée de cette mesure. La lecture de cette section permet de constater une lente évolution législative, qui se fait à la pièce et qui dénote une absence de vision d'ensemble. Le lecteur pourra choisir d'escamoter cette section afin de passer directement au traitement fiscal proprement dit de ce crédit (section 3.1.2).

3.1.1 Historique

L'actuel crédit d'impôt pour frais médicaux tire son origine de la Loi de l'impôt de guerre sur le revenu de 1942. Compte tenu de la lourdeur des impôts à cette époque trouble, le gouvernement avait jugé utile de venir en aide aux contribuables qui devaient assumer des frais médicaux « exceptionnels ». Puisqu'une enquête avait démontré que les frais médicaux représentaient en moyenne 4 % à 5 % du revenu annuel et « que le gouvernement ne désirait assurer un allégement qu'aux contribuables dont les frais médicaux dépassaient la moyenne » (Débats de la Chambre des communes, 23 juin 1942, vol. IV, p. 3699-3701), un seuil non admissible de 5 % du revenu (4 % en 1944 et 3 % depuis 1953) fut instauré de telle sorte que seules les dépenses excédant ce seuil étaient admissibles à la déduction.

L'historique des nombreuses modifications des dispositions relatives aux dépenses donnant droit d'abord à la déduction et désormais au crédit d'impôt illustre assez clairement qu'il s'agit d'un régime à la pièce, qui a été modifié périodiquement afin de combler les besoins au fur et à mesure qu'ils étaient portés à la connaissance du législateur. Le traitement fiscal des frais médicaux ne semble jamais avoir fait l'objet d'un régime exhaustif. Voici, sous forme de tableaux, le parcours emprunté par cette disposition législative depuis sa conception jusqu'à nos jours. Afin de conserver la philosophie de l'époque, lorsque l'importance le justifie, le vocabulaire utilisé est celui du texte de loi de l'époque.

Année	**Référence**	**Description et commentaires historiques**
1942	S.C. 1942-43, chap. 28, par. 5(6)	Un paiement versé à un médecin, dentiste ou garde-malade ou à un hôpital à l'égard d'une naissance, maladie ou opération.
1942	S.C. 1942-43, chap. 28, par. 5(6)	La rémunération d'un préposé à temps continu auprès d'une personne nécessairement retenue au lit ou dans un fauteuil roulant.

L'exigence du fauteuil roulant fut interprétée de façon très restrictive par les tribunaux, comme notamment dans l'affaire *Witthuhn c. M.N.R.*, 57 DTC 174 (1957), dans laquelle la déduction fut refusée au motif que la patiente passait plusieurs heures chaque jour dans une chaise berçante plutôt que dans un fauteuil roulant. Il est pertinent de citer les passages suivants des motifs de la Commission d'appel de l'impôt, à la page 176 :

> I do not know what particular virtue there is in sitting in a wheelchair as opposed to an ordinary chair or a rocking chair, but nevertheless that is a specific requirement which Parliament has put into the legislation. […]
>
> It is not for this Board or for the Courts to attempt to give a very broad interpretation to the legislation as enacted by Parliament when the language used is quite clear and explicit. […] However, much one may consider that, in equity, a taxpayer should be entitled to a deduction in circumstances such as those present in this appeal, nevertheless if those circumstances do not coincide with the strict wording of the legislation, this

> Board has no jurisdiction to extend the provisions of the statute by granting the deduction claimed.

Par ailleurs, dans *Wright c. M.N.R*., 52 DTC 75 (1952), la Commission avait conclu que les exigences de la loi étaient remplies dans des circonstances où c'était contre l'avis du médecin que la patiente avait insisté pour se lever à l'occasion.

Année	**Référence**	**Description et commentaires historiques**
1942	S.C.1942-43, chap. 28, par. 5(6).	La rémunération d'un préposé à temps continu auprès d'une personne complètement aveugle. On notera que la Commission d'appel de l'impôt considérait dès 1971 dans l'arrêt *Wakelyn*, étudié plus loin, que plusieurs préposés à temps partiel pouvaient satisfaire au critère du préposé à temps plein.
1944	S.C.1944-45, chap. 43, par. 4(4).	Un membre artificiel, bretelle dorsale, appareil pour soutenir un membre, appareil amplificateur acoustique.
1952	S.R.C. 1952, chap. 148.	Refonte de 1952 : la déduction pour frais médicaux fut codifiée à l'alinéa 27(1)c) de la Loi de l'impôt sur le revenu.
1952	S.R.C. 1952, chap. 148.	Acquisition d'un fauteuil roulant.
1952	S.R.C. 1952, chap. 148.	Un paiement fait pour de l'insuline, de la cortisone, de l'hormone adrénocorticotrope (ACTH), de l'extrait hépatique pour injection contre l'anémie pernicieuse ou de la vitamine B12 contre l'anémie pernicieuse.
1953	S.C. 1953-54, chap. 57, par. 6(1).	Un paiement fait pour un « poumon d'acier ».
1956	S.C. 1957, chap. 29, par. 7(2).	Un paiement fait pour des soins à temps continu dans une maison de repos pour une personne retenue au lit ou dans un fauteuil roulant.
1956	S.C. 1957, chap. 29, par. 7(2).	Un paiement fait pour les soins à temps continu dans une maison de repos d'une personne qui, faute de développement mental normal, est et continuera d'être dans un avenir prévisible à la charge des autres en ce qui concerne ses besoins et soins personnels.

Dans le cas d'une personne n'ayant pas un développement intellectuel régulier, la déduction n'était applicable que pour les soins offerts dans une maison de repos et non à la maison. Dans l'affaire *Tate* v. *M.N.R*., 69 DTC 777, le patient, âgé de 28 ans, requérait une attention constante en raison d'une déficience intellectuelle importante. L'appelante avait engagé un préposé à temps plein pour pourvoir au soin de son fils à domicile. La Commission d'appel de l'impôt a refusé la déduction, le patient n'étant pas retenu au lit ou dans un fauteuil roulant durant la période pertinente.

Année	**Référence**	**Description et commentaires historiques**
1958	S.C. 1958, chap. 32, par. 11(2).	Appareil pour soutenir un membre ou un œil artificiel.
1958	S.C. 1958, chap. 32, par. 11(2).	Lunettes ou autres appareils servant au traitement de la vue.
1958	S.C. 1958, chap. 32, par. 11(2)	Un paiement fait pour de l'oxygène.
1958	S.C. 1958, chap. 32, par. 11(2).	Drogues, médicaments ou substances pour servir au diagnostic, au traitement ou à la prévention d'une maladie, d'un désordre, d'un état physique anormal ou de leur symptômes, ou en vue de la restauration, correction ou modification d'une fonction organique.
1958	S.C. 1958, chap. 32, par. 11(2).	Un paiement fait pour des travaux ou services de laboratoires, de radiologie, ou autres travaux ou services diagnostiques, avec les interprétations nécessaires, en vue de maintenir la santé, prévenir la maladie ou faciliter le diagnostic ou le traitement d'une blessure, affection ou invalidité.
1959	S.C. 1959, chap. 45, par. 8(1).	Un lit berçant pour victimes de la poliomyélite, des béquilles, un tampon d'iléostomie ou de colostomie, un bandage herniaire.
1960	S.C.1960-61, chap. 49, par. 9(1).	Un paiement fait pour un larynx artificiel.

Année	Référence	Description et commentaires historiques
1966	S.C. 1966-67, chap. 91, par. 6(1) et (2).	Un paiement fait à un mécanicien-dentiste pour la fabrication ou la réparation d'un dentier, supérieur ou inférieur, pour la prise d'empreintes de moulages dentaires et insertions.
1969	S.C. 1968-69, chap. 44, par. 6(1).	Un paiement fait pour un rein artificiel.
1972	S.C. 1970-71-72, chap. 63, alinéa 110(1)c).	Refonte de la loi : l'alinéa 27(1)c) qui autorise la déduction de certains frais devient l'alinéa 110(1)c).
1972	S.C. 1970-71-72, chap. 63, alinéa 110(1)c).	Un paiement fait pour le soin et/ou la formation d'une personne dans une école, une institution ou un autre endroit spécialement équipé pour fournir des soins et donner une formation aux personnes handicapées physiquement ou mentalement et admettant seulement ces handicapés.
1972	S.C. 1970-71-72, chap. 63, alinéa 110(1)c).	Un paiement fait pour le transport par ambulance d'une personne entre sa résidence et un hôpital public ou un hôpital privé agréé.
1972	S.C. 1970-71-72, chap. 63, alinéa 110(1)c)	Un paiement fait pour un corset dorsal.
1972	S.C. 1970-71-72, chap. 63, alinéa 110(1)c).	Un paiement fait pour tout dispositif ou équipement d'un genre prescrit par règlement et qui n'est pas autrement visé.
1972	S.C. 1973-74, chap. 14, par. 35(1) et (3).	Un paiement fait à titre de rémunération d'un préposé à plein temps aux soins d'une personne dans un établissement privé autonome où vivait la personne qui recevait les soins si un médecin a certifié que la personne qui reçoit des soins est une personne qui, en raison d'une infirmité physique ou mentale, est et sera vraisemblablement, pour une période prolongée d'une durée indéterminée, à la charge d'autres personnes pour ses besoins et ses soins personnels et qui, par conséquent, a besoin de la présence d'un préposé à temps plein. Cette dernière modification résulte vraisemblablement de la conclusion de la Commission d'appel de l'impôt dans l'affaire *Tate* précitée, pourtant rendue trois ans plus tôt.

Année	Référence	Description et commentaires historiques
1972	S.C. 1973-74, chap. 14, par. 35(1) et (3).	Le paiement se rapportant au transport d'un patient ou, lorsque le patient est incapable de voyager sans l'aide d'un préposé, d'une personne l'accompagnant, de la localité où résidait le patient à un lieu situé à au moins 25 milles (maintenant 40 kilomètres) de cette localité, où l'on prodigue des soins médicaux, ou de ce lieu à cette localité.
1972	S.C. 1973-74, chap. 14, par. 35(2).	La dépense concernant un paiement fait pour le transport en ambulance est étendue au transport par ambulance d'une personne à destination ou en provenance d'un hôpital public ou d'un hôpital privé agréé, sans égard à la provenance ou à la destination de la personne.
1973	S.C. 1976-77, chap. 4, par. 43(1).	La dépense relative à un préposé à temps plein devenait admissible si la personne était dans l'obligation de garder le lit ou de demeurer dans un fauteuil roulant pendant une bonne partie de la journée chaque jour. Modification ayant pour objet d'élargir l'interprétation restrictive qui avait prévalu jusqu'alors, notamment dans l'affaire *Witthuhn*, précitée.
1974	S.C. 1974-75-76, chap. 26, par. 69(2).	Le paiement fait pour un chien dressé pour guider une personne aveugle fourni par une personne ou une organisation dont l'un des buts principaux est le dressage de ces chiens, pour le soin et l'entretien d'un chien d'aveugle, et les dépenses raisonnables de voyage, de pension ou de logement relativement à des cours donnés dans un endroit qui forme des aveugles dans la conduite des chiens.
1974	S.C. 1974-75-76, chap. 26, par. 69(2).	Paiement fait pour le soin et ou la formation d'une personne dans une école ou un autre endroit, fait à l'égard d'une personne qui a, en raison d'un handicap physique ou mental, besoin d'équipements, d'appareils ou de personnel spécialisés fournis par cet endroit pour le soin ou le soin et la formation de personnes ayant un handicap semblable au sien.
1974	C.P. 1975-289, DORS/75-90, 12 février 1975.	Perruques faites sur mesure pour quelqu'un qui a subi une perte anormale de cheveux en raison d'une maladie, d'un traitement médical ou d'un accident.
1974	C.P. 1975-289, DORS/75-90, 12 février 1975.	Aiguilles et seringues devant servir à donner des injections.

Année	Référence	Description et commentaires historiques
1974	C.P. 1975-289, DORS/75-90, 12 février 1975.	Tout dispositif ou équipement, y compris les pièces de rechange, destiné exclusivement à aider une personne qui souffre d'une maladie respiratoire chronique à respirer, à l'exclusion des appareils de climatisation, des humidificateurs, des déshumidificateurs et des purificateurs d'air.
1974	C.P. 1975-289, DORS/75-90, 12 février 1975.	Tout dispositif ou tout équipement destiné à stimuler ou à régulariser le cœur d'une personne atteinte d'une maladie cardiaque.
1974	C.P. 1975-289, DORS/75-90, 12 février 1975.	Chaussures orthopédiques et garnitures intérieures de chaussures faites sur mesure, sur ordonnance, pour aider une personne à surmonter une infirmité.
1974	C.P. 1975-289, DORS/75-90, 12 février 1975.	Tout siège transporteur électrique monté sur rail pour escaliers.
1974	C.P. 1975-289, DORS/75-90, 12 février 1975.	Tout dispositif ou équipement mécanique destiné à aider à monter dans une baignoire ou à en descendre, à entrer dans une douche ou à en sortir, à monter sur la cuvette ou à en descendre.
1974	C.P. 1975-289, DORS/75-90, 12 février 1975.	Lit d'hôpital, y compris les accessoires de ce lit visés par une ordonnance.
1974	C.P. 1975-289, DORS/75-90, 12 février 1975.	Tout dispositif non visé par le sous-alinéa 110(1)c)(ix) de la loi et destiné à aider un handicapé physique à marcher.
1980	C.P. 1980-3345, DORS-80/948, 11 décembre 1980.	Un lecteur optique ou un dispositif semblable conçu pour être utilisé par un aveugle pour lui permettre de lire un texte imprimé.
1980	C.P. 1980-3345, DORS-80/948, 11 décembre 1980.	Un élévateur mécanique conçu exclusivement pour être utilisé par un invalide pour lui permettre d'avoir accès aux différents étages d'un bâtiment.
1982	S.C. 1980-81-82, chap. 140, par. 65(4).	Un paiement fait au titre de frais raisonnables de déplacement engagés pour obtenir des soins médicaux dans un lieu situé à au moins 80 kilomètres de la localité où résidait le patient.

Année	Référence	Description et commentaires historiques
1984	S.C. 1984, chap. 45, par. 35(1) et (2).	Un paiement fait pour un chien dressé pour guider une personne aveugle ou profondément sourde, fourni par une personne ou une organisation dont l'un des buts principaux est le dressage de ces chiens, pour le soin et l'entretien d'un tel chien, et les dépenses raisonnables de voyage, de pension ou de logement relativement à des cours donnés dans une école, une institution ou un autre endroit qui forme des personnes aveugles ou sourdes dans la conduite de ces chiens.
1984	S.C. 1984, chap. 45, par. 35(1) et (2).	Un paiement fait pour des couches de tissu ou des sous-vêtements jetables utilisés par une personne souffrant d'incontinence en raison d'une maladie, d'une blessure ou d'une infirmité.
1984	C.P. 1985-2277, DORS/85-696, 25 juillet 1985.	Un paiement fait pour un élévateur mécanique conçu pour aider un invalide soit à avoir accès à un véhicule, soit à placer son fauteuil roulant dans ou sur un véhicule.
1986	L.C. 1986, chap. 6, par. 55(1) et (2) et chap. 55, par. 31(1).	L'obligation de garder le lit ou un fauteuil roulant « une bonne partie de la journée chaque jour » ou de souffrir de cécité totale aux fins de l'admissibilité de la dépense pour préposé à temps plein est remplacée par la notion de « déficience grave et prolongée ».
1987	C.P. 1987-2474, 10 décembre 1987.	Un dispositif conçu exclusivement pour permettre à une personne à mobilité réduite de conduire un véhicule.
1987	C.P. 1987-2474, 10 décembre 1987.	Un dispositif, y compris un système de parole synthétique, une imprimante en braille et un dispositif de grossissement des caractères sur écran, conçu exclusivement pour permettre à un aveugle de faire fonctionner un ordinateur.
1987	C.P. 1987-2474, 10 décembre 1987.	Un synthétiseur de parole électronique qui permet à une personne muette de communiquer à l'aide d'un clavier portatif.
1987	C.P. 1987-2474, 10 décembre 1987.	Un décodeur de signaux de télévision spéciaux par lequel le scénario d'une émission est affiché.
1987	C.P. 1987-2474, 10 décembre 1987.	Un dispositif, conçu pour être attaché à un bébé sujet, d'après un diagnostic, au syndrome de mort subite du nourrisson, qui déclenche un signal d'alarme dès que le bébé cesse de respirer.

Année	Référence	Description et commentaires historiques
1987	C.P. 1987-2474, 10 décembre 1987.	Un dispositif conçu pour permettre à un diabétique de mesurer son taux de glycémie.

C'est en 1988, à la suite de la réforme fiscale entreprise par le gouvernement conservateur, que plusieurs déductions, notamment celles visant les frais médicaux, sont converties en crédit d'impôt. Tel qu'indiqué précédemment, ces crédits favorisent l'équité puisque leur valeur monétaire n'est aucunement liée au niveau de revenu du contribuable alors que la déduction avantageait clairement le contribuable ayant un revenu élevé, compte tenu des taux d'imposition progressifs applicables.

Année	Référence	Description et commentaires historiques
1988	L.C. 1988, chap. 55, par. 77(1).	La déduction pour frais médicaux de l'alinéa 110(1)c) est remplacée par le crédit d'impôt de l'article 118.2 qui s'applique aux mêmes dépenses que la déduction antérieure, à l'exception du paiement fait à un médecin, dentiste, infirmier ou infirmière ou à un hôpital public ou privé agréé, lequel donne depuis lors lieu au crédit lorsqu'il est fait pour des services médicaux ou dentaires. Il s'agit d'un élargissement par rapport à la loi antérieure, en vertu de laquelle un tel paiement ne donnait lieu à la déduction que s'il était fait relativement à une naissance dans la famille du contribuable, ou à une maladie ou intervention chirurgicale. De plus, la prime ou la cotisation payée à un régime privé d'assurance maladie devient un paiement admissible.
1988	L.C. 1994, chap. 7, ann. II, par. 89(6).	Un paiement fait pour les frais raisonnables relatifs à la recherche d'un donneur ainsi que le déplacement, la pension et le logement à l'égard d'une personne devant subir une transplantation de la moelle épinière ou d'un organe (années d'imposition 1988 et suivantes).
1988	C.P. 1990-2491, DORS/90-809, 22 novembre 1990.	Un système électronique ou informatisé de contrôle de l'environnement conçu exclusivement pour l'usage d'un particulier dont la mobilité est limitée de façon grave et prolongée.

Année	Référence	Description et commentaires historiques
1988	C.P. 1990-2491, DORS/90-809, 22 novembre 1990.	Des bas élastiques ou un dispositif de compression des membres, conçus exclusivement pour diminuer les tuméfactions causées par le lymphoedème chronique.
1988	C.P. 1990-2491, DORS/90-809, 22 novembre 1990.	Un stimulateur électromagnétique de l'ostéogenèse utilisé pour le traitement des fractures non consolidées ou la reconstitution osseuse.
1988	C.P. 1990-2491, DORS/90-809, 22 novembre 1990.	Un dispositif ou équipement, y compris une pièce de rechange, conçu exclusivement pour l'usage d'un particulier souffrant d'une maladie respiratoire chronique grave ou de troubles chroniques graves du système immunitaire, à l'exclusion d'un appareil de climatisation, d'un humidificateur, d'un déshumidificateur, d'un échangeur thermique, d'un échangeur d'air et d'une thermopompe.
1988	C.P. 1990-2491, DORS/90-809, 22 novembre 1990.	Tout dispositif qui est conçu à l'intention du particulier à mobilité réduite pour l'aider à marcher.
1988	C.P. 1990-2491, DORS/90-809, 22 novembre 1990.	Équipement de transport mécanique conçu exclusivement pour permettre à un particulier handicapé d'accéder aux différentes parties d'un bâtiment ou de monter à bord d'un véhicule ou d'y placer son fauteuil roulant. Ceci constitue un élargissement de la disposition de 1980.
1988	C.P. 1990-2491, DORS/90-809, 22 novembre 1990.	Une pompe à perfusion, y compris le matériel connexe jetable, utilisée pour le traitement du diabète.
1991	L.C. 1994, chap. 7, ann. II, par. 89(1), (4), (5) et (7).	Un paiement fait à titre de rémunération pour les soins de préposé fourni à une personne bénéficiaire du crédit pour déficience physique ou mentale dans la mesure où les sommes payées ne dépassent pas 5 000 $ (ou 10 000 $ en cas de décès dans l'année).
1991	L.C. 1994, chap. 7, ann. II, par. 89(1), (4), (5) et (7).	Un paiement fait au titre de cathéters, de plateaux à cathéters, de tubes ou d'autres produits dont la personne a besoin pour cause d'incontinence due à une maladie, à une blessure ou à une infirmité.

Année	Référence	Description et commentaires historiques
1991	L.C. 1994, chap. 7, ann. II, par. 89(1), (4), (5) et (7).	Un paiement fait pour les frais raisonnables afférents à des rénovations ou transformations apportées à l'habitation d'une personne ne jouissant pas d'un développement physique normal ou ayant un handicap moteur grave et prolongé pour lui permettre d'avoir accès à son habitation, de s'y déplacer ou d'y accomplir les tâches de la vie quotidienne. La Cour canadienne de l'impôt avait déjà considéré, dans l'affaire *Hillier*, que les mots « rénovations ou transformations » étaient suffisamment larges pour inclure la construction d'une nouvelle habitation incorporant des caractéristiques spéciales pour les besoins de la personne handicapée.
1992	L.C. 1994, chap. 7, ann. VIII, par. 54(1).	Les frais raisonnables engagés relativement à des programmes de rééducation conçus pour pallier la perte de la parole ou de l'ouïe, y compris les cours de lecture labiale et de langage gestuel.
1992	C.P. 1994-271, DORS/94-189, 16 février 1994.	Un dispositif de signalisation visuelle ou vibratoire, y compris une alarme-incendie visuelle, destiné à un particulier ayant une déficience auditive.
1992	C.P. 1994-271, DORS/94-189, 16 février 1994.	Un appareil de filtration ou de purification de l'air ou de l'eau pour l'usage d'un particulier ayant une maladie respiratoire chronique grave ou des troubles chroniques graves du système immunitaire, destiné à l'aider à composer avec cette maladie ou ces troubles ou à les surmonter.
1992	C.P. 1994-271, DORS/94-189, 16 février 1994.	Une chaudière électrique ou à combustion optimisée acquise pour remplacer une chaudière autre qu'électrique ou à combustion optimisée, lorsque la substitution est effectuée uniquement parce que le particulier a une maladie respiratoire chronique grave ou des troubles graves du système immunitaire.
1997	L.C. 1998, chap. 19, par. 23(2).	Un paiement fait pour des services d'interprétation gestuelle, dans la mesure où le paiement est effectué à une personne dont l'entreprise consiste à offrir de tels services .
1997	L.C. 1998, chap. 19, par. 23(2).	Un paiement fait pour des frais de déménagement raisonnables d'une personne n'ayant pas un développement physique normal ou ayant un handicap moteur grave et prolongé, engagés en vue de son déménagement dans un logement qui lui est plus accessible ou dans lequel elle peut

Année	Référence	Description et commentaires historiques
		se déplacer plus facilement, pourvu que le total des dépenses déduites relativement au déménagement ne dépasse pas 2 000 $.
1997	L.C. 1998, chap. 19, par. 23(2).	Un paiement fait pour des dépenses raisonnables afférentes aux transformations apportées à la voie d'accès au lieu principal de résidence d'une personne ayant un handicap moteur grave et prolongé, en vue de lui faciliter l'accès à un autobus.
1997	L.C. 1998, chap. 19, par. 23(2).	Un paiement fait pour l'acquisition d'une fourgonnette adaptée (ou qui le sera dans les six mois suivant son acquisition), pour le transport d'une personne qui se déplace en fauteuil roulant, à concurrence de 5 000 $ ou 20 % du prix d'acquisition de la fourgonnette. Cet ajout résulte vraisemblablement de la conclusion de la Cour dans l'affaire *Weeks*.
1997	L.C. 1998, chap. 19, par. 23(1).	Le montant maximal relatif à la rémunération pour les soins de préposés autre qu'à temps plein est augmenté à 10 000 $ (ou 20 000 $ en cas de décès dans l'année).
1997	C.P. 1999-1767, DORS/99-387, 6 octobre 1999.	Un paiement fait pour un climatiseur afin de permettre à un particulier de composer avec la maladie ou déficience chronique grave dont il est atteint, jusqu'à concurrence de 1 000 $ ou 50 % de la somme payée.
1998	L.C. 1999, chap. 22, par. 34(2).	Un paiement fait par le contribuable pour les frais raisonnables consacrés à la formation d'une personne dans le cas où la formation a trait à la déficience mentale ou physique d'une personne liée qui habite avec le contribuable.
1999	L.C. 2000, chap. 19, par. 25(3) et (4).	Un paiement fait à titre de rémunération pour le soin ou la surveillance d'une personne dans un foyer de groupe tenu pour le bénéfice de personnes ayant une déficience grave et prolongée.
1999	L.C. 2000, chap. 19, par. 25(3) et 25(4).	Un paiement fait à titre de rémunération pour le traitement administré à une personne en raison de sa déficience grave et prolongée si le traitement était prescrit par et administré sous la surveillance d'un médecin en titre ou un psychologue, dans le cas d'une déficience mentale, ou d'un médecin en titre ou un ergothérapeute, dans le cas d'une déficience physique.

Année	Référence	Description et commentaires historiques
1999	L.C. 2000, chap. 19, par. 25(3) et 25(4).	Un paiement fait à titre de rémunération des services de tutorat rendus à une personne qui a une difficulté d'apprentissage ou une déficience mentale et qui, d'après le certificat d'un médecin, a besoin de ces services en raison de cette difficulté ou déficience.
1999	C.P. 2000-1770, DORS/2001-4, 13 décembre 2001.	Manuel parlé prescrit par un médecin à une personne ayant un trouble de la perception, en raison de l'inscription de la personne à un établissement d'enseignement au Canada.
2000	L.C. 2001, ch. 17, par. 95(1).	Le paiement fait pour les frais raisonnables afférents à la construction du lieu principal de résidence d'une personne ne jouissant pas d'un développement physique normal ou ayant un handicap moteur grave et prolongé qu'il est raisonnable de considérer comme des frais supplémentaires engagés afin de lui permettre d'avoir accès à son lieu principal de résidence, de s'y déplacer ou d'y accomplir les tâches de la vie quotidienne. Il s'agit selon toute évidence d'une codification de la décision de la Cour canadienne de l'impôt dans l'affaire *Hillier*, précitée.

Année	Référence	Description et commentaires historiques
2003	Proposition législative concernant la L.I.R., par. 52(2)	L'admissibilité de certains frais médicaux pour bénéficier du crédit d'impôt est conditionnelle à l'attestation *écrite* du médecin, qui en évalue la nécessité. Ainsi, cette attestation écrite concerne les frais payés à un préposé dans un établissement autonome, les frais payés pour une maison de santé ou de repos, les frais payés pour le soin dans une école ou autre type d'institution et les frais de déplacement.
2003	L.C. 2003, ch. 15, par. 73(2)	Il s'agit d'un ajout à la liste des frais médicaux admissibles, calculé par la différence entre le coût d'achat des produits alimentaires sans gluten et le coût d'achat des produits comparables avec gluten. Cette nouvelle disposition s'applique aux particuliers atteints de la maladie cœliaque qui doivent suivre un régime alimentaire sans gluten alors qu'un médecin a attesté par écrit la nécessité d'un tel régime. Il s'agit d'un corollaire du refus de considérer cette situation pour les fins du crédit pour incapacité physique ou mentale.

Année	Référence	Description et commentaires historiques
		Dorénavant, les dépenses engagées pour les fins d'un tel régime seront admises pour les fins du crédit pour frais médicaux au lieu de considérer le temps de recherche des aliments sans gluten comme une incapacité, tel qu'établi dans l'affaire *Hamilton c. Canada,* [2001] A.C.I. n^{o} 300.
2003	L.C. 2003, ch. 15, par. 73(1)	Il s'agit d'ajouts à la liste des frais médicaux admissibles : le montant payé pour des logiciels de reconnaissance vocale utilisés par des particuliers ayant une déficience physique et le montant payé pour des services de prises de notes et des services de sous-titrage en temps réel. Cette admissibilité est conditionnelle à l'attestation d'un médecin quant à la nécessité de ces services.

3.1.2 Champ d'application et commentaires

Le paragraphe 118.2(2) donne une longue liste des frais médicaux donnant ouverture au crédit. Dans la présente section, nous reproduisons certains frais admissibles et les commentaires qu'ils suscitent :

> 118.2(2) Pour l'application du paragraphe (1), les frais médicaux d'un particulier sont les frais payés :
>
> à un médecin, à un dentiste, à une infirmière ou un infirmier, à un hôpital public ou à un hôpital privé agréé, pour les services médicaux ou dentaires fournis au particulier, à son époux ou conjoint de fait ou à une personne à la charge du particulier (au sens du paragraphe 118(6)) au cours de l'année d'imposition où les frais ont été engagés.

L'Agence des douanes et du revenu du Canada (ci-après ADRC) adopte une attitude libérale dans l'interprétation de ces termes dans son bulletin d'interprétation IT-519R2 (dans cette section, ci-après le « Bulletin »). Le terme « médecin » comprendra, lorsque la législation de la province le permettra, les professionnels exerçant les professions suivantes : les ostéopathes, les chiropraticiens, les naturopathes, les thérapeutes, les physiothérapeutes, les pédicures (ou les podiatres), les praticiens de la Science chrétienne, les psychanalystes qui sont membres de l'Institut canadien de psychanalyse ou de l'Association des psychanalystes jungiens du Québec, les psychologues, les

orthophonistes et les audiologistes qualifiés, soit les personnes qui sont certifiées par l'Association canadienne des orthophonistes et des audiologistes (ACOA), les ergothérapeutes qui sont membres de l'Institut canadien des ergothérapeutes, les acupuncteurs, les diététiciens et les hygiénistes dentaires.

> 118.2(2) Pour l'application du paragraphe (1), les frais médicaux d'un particulier sont les frais payés :
>
> b) à titre de rémunération d'un préposé à plein temps (sauf une personne qui, au moment où la rémunération est versée, est l'époux ou le conjoint de fait du particulier ou est âgée de moins de 18 ans) aux soins du particulier, de son époux ou conjoint de fait ou d'une personne à charge visée à l'alinéa a)—pour qui un montant serait, sans l'alinéa 118.3(1)c), déductible en application de l'article 118.3 dans le calcul de l'impôt payable par un contribuable en vertu de la présente partie pour l'année d'imposition au cours de laquelle les frais sont engagés — ou à titre de frais dans une maison de santé ou de repos pour le séjour à plein temps d'une de ces personnes.

Lorsqu'une personne admissible au crédit pour déficience physique ou mentale paie une rémunération à un préposé à plein temps ou engage des frais pour vivre à plein temps dans une maison de santé, ces dépenses constituent des frais médicaux.

Dans l'affaire *Weeks c. Canada*, [2000] A.C.F. n^{o} 2045, le contribuable soutenait que la notion de maison de santé ou de repos devait être interprétée de manière large et libérale afin d'inclure la résidence du contribuable où vit la personne qui a une incapacité. Cette interprétation visait à permettre que les frais liés à l'acquisition d'appareils, d'équipements ou d'autres biens relatifs aux soins à domicile d'une personne handicapée, bien que non visés par une disposition spécifique du paragraphe 118.2(2), puissent donner ouverture à un crédit d'impôt pour frais médicaux. La Cour d'appel fédérale a rejeté cette interprétation.

L'ADRC définit dans son Bulletin les soins de préposé :

> Les « soins de préposé » sont des soins fournis par un préposé qui accomplit les tâches personnelles que la personne handicapée ne peut pas accomplir par elle-même. Selon la situation, ces tâches peuvent

> comprendre la préparation des repas, les services de ménage et de nettoyage, le transport et les services personnels tels que les opérations bancaires et les achats. Ces soins comprennent aussi le fait d'accompagner la personne handicapée. Toutefois, si une personne est employée pour effectuer une tâche en particulier, par exemple, pour fournir des services de ménage ou de transport, le Ministère ne considère pas la prestation de ces services comme des « soins de préposé ».
>
> Pour qu'une dépense effectuée à ce titre soit admissible à titre de frais médicaux, le patient doit avoir une déficience mentale ou physique grave ou prolongée au sens de l'article 118.3.

Tel qu'indiqué, pour être admissible, la dépense doit viser les soins de préposé à plein temps. La dépense est néanmoins permise si les soins sont prodigués par plusieurs préposés à temps partiel : *Wakelyn c. M.N.R.*, (T.A.B.) 71 DTC 35. Dans son Bulletin, l'ADRC fait sienne cette position :

> L'expression « préposé aux soins à plein temps » ne désigne pas un seul préposé s'occupant du patient de façon continue. Plusieurs préposés aux soins peuvent être employés au cours d'une période donnée, dans la mesure où il n'y a qu'un seul préposé aux soins à un moment donné.
>
> L'expression « séjour à plein temps dans une maison de santé ou de repos » ne vise pas à imposer l'obligation de prodiguer des soins au patient pendant une période minimum. Elle signifie plutôt que le particulier exige des soins constants en raison de sa blessure, de sa maladie ou de sa déficience. Afin de prodiguer ces soins, un nombre suffisant de professionnels de la santé qualifiés doivent être présents 24 heures par jour.

Selon l'ADRC, seuls les montants effectivement payés donnent droit au crédit. Ainsi, les avantages consentis au préposé, tel le logement fourni par le patient, ne donneront pas droit au crédit bien que ces sommes fassent partie du revenu du préposé.

Le contribuable devra choisir, à l'égard de cette dépense, entre le crédit pour frais médicaux et le crédit pour déficience physique ou mentale prévu à l'article 118.3, puisque le cumul des deux mesures est interdit. Selon l'ampleur des frais médicaux encourus, il pourrait être préférable de se prévaloir du crédit pour frais médicaux,

puisque les montants payés à titre de préposé aux soins excèdent fréquemment le montant de l’aide prévue à l’article 118.3.

> 118.2(2) Pour l'application du paragraphe (1), les frais médicaux d'un particulier sont les frais payés :
>
> b.1) à titre de rémunération pour les soins de préposé fournis au Canada au particulier, à son époux ou conjoint de fait ou à une personne à charge visée à l'alinéa a), dans la mesure où le total des sommes payées ne dépasse pas 10 000 $ (ou 20 000 $ en cas de décès du particulier dans l'année) et si les conditions suivantes sont réunies :
>
> (i) le particulier, l'époux ou le conjoint de fait ou la personne à charge est quelqu'un pour qui un montant est déductible en application de l'article 118.3 dans le calcul de l'impôt payable par un contribuable en vertu de la présente partie pour l'année d'imposition au cours de laquelle les frais sont engagés,
>
> (ii) aucune partie de la rémunération n'est incluse dans le calcul d'une déduction demandée pour le particulier, l'époux ou le conjoint de fait ou la personne à charge à en application des articles 63 ou 64 ou des alinéas b), b.2), c), d) ou e) pour une année d'imposition,
>
> (iii) au moment où la rémunération est versée, le préposé n'est ni l'époux ou le conjoint de fait du particulier ni âgé de moins de 18 ans,
>
> (iv) chacun des reçus présentés au ministre comme attestation du paiement de la rémunération est délivré par le bénéficiaire de la rémunération et comporte, si celui-ci est un particulier, son numéro d'assurance sociale.

Une dépense ne se qualifie en vertu de cette disposition que dans la mesure où le patient a une déficience grave ou prolongée au sens de l’article 118.3. Deux éléments distinguent ce crédit de celui analysé précédemment au sous-alinéa 118.2(2)b). Il n’est pas nécessaire que les soins de préposé soient prodigués à temps plein, et le cumul est permis avec le crédit pour déficience mentale ou physique.

L’alinéa 118.2(2)b.1) ne peut être cumulé à une déduction en vertu des articles 63 (frais de garde d’enfant) ou 64 (frais de préposé aux soins), ni à titre de tout autre crédit pour frais de préposé aux soins.

Ce poste de crédit est notamment accordé au parent dont l'enfant est atteint d'un handicap à l'égard des frais engagés pour le soin de cet enfant qui demeure à la maison et ce, même si les soins ne sont accordés que pour quelques heures par semaine. Les frais donnant ouverture au crédit sont toutefois limités au plafond de 10 000 $ (20 000 $ en cas du décès dans l'année).

> 118.2(2) Pour l'application du paragraphe (1), les frais médicaux d'un particulier sont les frais payés :
>
> b.2) à titre de rémunération pour le soin ou la surveillance du particulier, de son époux ou conjoint de fait ou d'une personne à charge visée à l'alinéa a) dans un foyer de groupe au Canada tenu exclusivement pour le bénéfice de personnes ayant une déficience grave et prolongée si les conditions suivantes sont réunies :
>
> (i) en raison de sa déficience, le particulier, l'époux ou le conjoint de fait ou la personne à charge est une personne à l'égard de laquelle un montant peut être déduit en application de l'article 118.3 dans le calcul de l'impôt payable en vertu de la présente partie par un particulier pour l'année d'imposition au cours de laquelle la dépense est engagée,
>
> (ii) aucune partie de la rémunération n'est incluse dans le calcul d'une déduction demandée pour le particulier, l'époux ou le conjoint de fait ou la personne à charge en application des articles 63 ou 64 ou des alinéas b), b.1), c), d) ou e) pour une année d'imposition,
>
> (iii) chacun des reçus présentés au ministre comme attestation du paiement de la rémunération a été délivré par le bénéficiaire de la rémunération et comporte, si celui-ci est un particulier son numéro d'assurance sociale.

L'expression « foyer de groupe » n'est pas définie dans la loi. Il serait raisonnable que les sommes dépensées afin de permettre à son enfant de fréquenter une maison de répit qui reçoit exclusivement des personnes ayant une déficience grave et prolongée, soient admissibles à ce crédit.

Le crédit octroyé à la suite de cette dépense ne peut être jumelé à plusieurs autres crédits, dont celui prévu par l'alinéa b) ou b.1) ou à la déduction pour frais de garde d'enfant accordée à l'article 63 qui est plafonnée à 10 000 $ lorsque l'enfant est une personne à l'égard de laquelle le crédit de l'article 118.3 peut être réclamé. Par ailleurs,

contrairement à l'alinéa b.1), le montant de la dépense visée à l'alinéa b.2) n'est soumis à aucun plafond.

> 118.2(2) Pour l'application du paragraphe (1), les frais médicaux d'un particulier sont les frais payés :
>
> c) à titre de rémunération d'un préposé à plein temps aux soins du particulier, de son époux ou conjoint de fait ou d'une personne à charge visée à l'alinéa a) dans un établissement domestique autonome où le particulier, l'époux ou le conjoint de fait ou la personne à charge vit, si les conditions suivantes sont réunies :
>
> (i) le particulier, l'époux ou le conjoint de fait ou la personne à charge est, en raison d'une infirmité mentale ou physique, quelqu'un qui, d'après l'attestation d'un médecin, dépend et dépendra vraisemblablement d'autrui, pour une période prolongée d'une durée indéterminée, pour ses besoins et soins personnels et a, par conséquent, besoin de la présence d'un préposé à plein temps,
>
> (ii) au moment où la rémunération est versée, le préposé n'est ni l'époux ou le conjoint de fait du particulier ni âgé de moins de 18 ans,
>
> (iii) chacun des reçus présentés au ministre comme attestation du paiement de la rémunération est délivré par le bénéficiaire de la rémunération et comporte, si celui-ci est un particulier son numéro d'assurance sociale.

Lorsque la législation réfère aux personnes atteintes d'un handicap, elle le fait généralement par le biais du crédit de l'article 118.3. Dans le cas présent, la dépense se qualifie si le patient est, en raison d'une *infirmité mentale ou physique*, quelqu'un qui, d'après l'attestation d'un médecin, dépend et dépendra vraisemblablement d'autrui pour une période prolongée d'une durée indéterminée.

Ce crédit réfère à une dépense engagée à titre de rémunération d'un préposé à plein temps lorsque la personne ayant une incapacité vit dans un établissement domestique autonome. Il existe de nombreuses similitudes entre cette disposition et celle énoncée au sous-alinéa 118.2)2)b). Dans les deux situations, la somme vise une rémunération à un préposé à plein temps. La distinction est la suivante : alors que le sous-alinéa 118.2(2)b) vise une personne admissible au crédit pour déficience physique ou mentale qui vit ans une maison de repos, le sous-alinéa c) requiert une attestation médicale de

l'*infirmité mentale ou physique* de la personne qui vit dans un établissement domestique autonome.

La notion *d'infirmité mentale ou physique* au sens de cet alinéa n'est pas définie à la loi. Le Bulletin n'en précise pas non plus la signification. Cette notion doit toutefois recevoir un sens différent de la notion de *déficience grave et prolongée* indiquée à l'article 118.3 qui est conditionnel à ce que le handicap dure normalement au moins 12 mois. Cette exigence ne semble pas requise en vertu de cet alinéa c). La période de *déficience* doit toutefois être prolongée.

Tel que mentionné précédemment, la Cour d'appel fédérale, dans l'affaire *Weeks c. Canada*, précitée, a refusé que la maison de santé ou de repos puisse être interprétée de manière à inclure la maison familiale où vit le contribuable. Pour la Cour, une maison de santé ou de repos doit être soumise à la réglementation publique en plus d'avoir une relation contractuelle avec ses pensionnaires, mettre à la disposition de ses pensionnaires un personnel médical professionnel et facturer des frais dans la mesure permise par la loi.

Tout comme l'alinéa 118.2(2)b), les soins de préposé doivent être prodigués à temps plein, ce qui n'empêche pas que le patient bénéficie des soins de plusieurs préposés à temps partiel.

> 118.2(2) Pour l'application du paragraphe (1), les frais médicaux d'un particulier sont les frais payés :
>
> d) à titre de frais dans une maison de santé ou de repos pour le séjour à plein temps du particulier, de son époux ou conjoint de fait ou d'une personne à charge visée à l'alinéa a), qu'un médecin atteste être quelqu'un qui, faute d'une capacité mentale normale, dépend d'autrui pour ses besoins et soins personnels et continuera d'en dépendre ainsi dans un avenir prévisible.

Cette disposition vise, de façon générale, les frais encourus de séjour à plein temps dans une maison de santé. Il n'est pas nécessaire que la personne bénéficie du crédit

pour déficience mentale ou physique afin d'être admissible à cette disposition. Toutefois, le médecin doit poser un jugement sur sa capacité mentale.

Le législateur ne précise pas ce qu'il entend par « faute d'une capacité mentale normale ». L'ADRC ne précise pas non plus cette notion, bien qu'elle traite de cette disposition dans son Bulletin. Dans son ouvrage, David M. Sherman, (*Taxes, Health and Disabilities*, Carswell, 1995, et D.M Sherman, G.C. Ritchie, *Taxes, Health and Disabilities*, 1999) souligne le flou qui existe entre cette notion et la « déficience mentale », « l'infirmité mentale » et le « handicap mental ».

> 118.2(2) Pour l'application du paragraphe (1), les frais médicaux d'un particulier sont les frais payés :
>
> e) pour le soin dans une école, une institution ou un autre endroit — ou le soin et la formation — du particulier, son époux ou conjoint de fait ou d'une personne à charge visée à l'alinéa a), qu'une personne habilitée à cette fin atteste être quelqu'un qui, en raison d'un handicap physique ou mental, a besoin d'équipement, d'installations ou de personnel spécialisés fournis par cette école ou institution ou à cet autre endroit pour le soin — ou le soin et la formation — de particuliers ayant un handicap semblable au sien.

Voici une autre expression utilisée par la loi pour décrire la personne visée par le handicap. L'interprétation que fait l'ADRC de cette disposition est décrite au Bulletin :

> Un patient (p. ex., une personne à charge) qui a un problème de comportement provenant d'une déficience mentale ou physique ou qui a des difficultés d'apprentissage, y compris la dyslexie, et qui fréquente une école offrant de la formation et des soins spécialisés à des personnes ayant le même genre de problème ou de déficience est considéré comme admissible en vertu de cette disposition. Les frais payés à son égard sont admissibles comme frais médicaux, même si une partie de ces frais pourrait être considérée comme des frais de scolarité (*Rannelli c. Ministre du Revenu national*, 91 DTC 816). L'école n'a pas besoin d'accepter parmi ses élèves uniquement des personnes qui ont besoin de formation et de soins spécialisés. Un patient ayant une dépendance aux drogues ou à l'alcool peut aussi être admissible selon l'alinéa 118.2(2)*e*). Par conséquent, si toutes les conditions de cet alinéa, telles qu'elles sont exposées ci-dessus, sont remplies, les frais payés pour les soins donnés au patient dans une clinique de désintoxication sont admissibles comme frais médicaux. […]

> Il n'est pas nécessaire qu'une maison de santé ou de repos ou une clinique de désintoxication soit un hôpital public ou un hôpital privé agréé. Le nom de l'établissement n'est pas déterminant au moment d'établir s'il s'agit d'une maison de santé ou de repos. Même si les soins ne sont pas donnés à plein temps, il faut insister sur le fait que l'équipement, les installations ou le personnel spécialement fournis par la maison de santé ou de repos (ou par un autre endroit décrit au numéro 29 ci-dessus) doivent être expressément conçus pour donner des soins à des personnes ayant la déficience mentale ou physique en question et que les autres conditions énoncées au numéro 29 ci-dessus doivent être remplies pour que les frais soient des frais médicaux admissibles en vertu de l'alinéa 118.2(2)*e*).

Il semble que la notion de handicap physique ou mental visé à l’alinéa 118.2(2)e) soit très englobante. Cette interprétation est illustrée par l’affaire *Collins c. R*., [1998] 3 C.T.C. 2980, dans laquelle le juge Rowe de la Cour canadienne de l’impôt conclut qu’un enfant souffrant d’un trouble déficitaire de l’attention lié à l’hyperactivité a un *handicap* au sens de cette disposition, bien qu’il ait une intelligence supérieure à la moyenne. La Cour a également adopté une interprétation plutôt large du mot *soin*, en harmonie avec l’objet de cette disposition législative.

> L'adoption du sous-alinéa 110(1)c)(vi) était réparatrice dans la mesure où elle élargissait le champ de la déduction pour frais médicaux aux paiements faits à certaines catégories d'écoles et d'établissements. Il est clairement ressorti des témoignages de M. Kuypers et du Dr Kline que des soins, au sens plus large de ce terme, étaient absolument nécessaires au succès du traitement. Ces soins consistaient, non à assurer la garde des enfants, mais à favoriser leur développement ou à leur prodiguer de l'attention.
>
> Ce serait donner une interprétation trop étroite au terme « soin » que d'en limiter le sens aux soins structurés. La garde ou les soins structurés ne représentent pas le seul sens que ce terme peut revêtir. Si l'on applique l'arrêt La Reine c. Golden (précité), le mot « soin » permet d'arriver à une conclusion réalisable et compatible avec les objectifs évidents de la loi en cause.
>
> Si l'on adopte le principe des « termes dans leur contexte global » ou le critère de « l'objet et de l'esprit », non seulement est-il possible de considérer que le mot « soin » peut signifier favoriser le développement, prodiguer de l'attention ou faire preuve de sympathie ou d'empathie, mais il s'agit en fait de la bonne interprétation de ce terme.

Cette interprétation libérale est également illustrée par la décision du juge McArthur de la Cour canadienne de l'impôt dans l'affaire *Zack c. R*., [1998] 1 C.T.C. 2734. Suivant cette décision, une thérapie musicale prescrite par un médecin aux fins du traitement d'un enfant souffrant de troubles neurologiques se qualifie en vertu de l'alinéa 118.2(2)e).

La jurisprudence a clairement établi qu'une école, institut ou autre endroit ne se qualifiera que s'il possède des équipements, des installations ou emploie un personnel spécialisé en regard du handicap physique ou mental du patient. Ainsi, dans *Johnston c. M.N.R*., 88 DTC 1300, une école privée où une attention et un soin particulier étaient accordés à un enfant aveugle n'était pas visée par la disposition, puisque l'école ne possédait pas des équipements, des installations ou un personnel spécialisé pour les enfants aveugles. Une décision au même effet fut rendue par la Commission de révision de l'impôt dans l'affaire *Somers c. M.N.R*., 79 DTC 21.

Il est enfin à noter que la Cour d'appel fédérale, dans l'affaire *Anka c. R*., 97 DTC 5291, a jugé qu'il devait y avoir un lien entre les soins ou la formation offerte et le handicap du patient.

> 118.2(2) Pour l'application du paragraphe (1), les frais médicaux d'un particulier sont les frais payés :
>
> g) à une personne dont l'activité est une entreprise de transport, dans la mesure où ce paiement se rapporte au transport, entre la localité où habitent le particulier son époux ou conjoint de fait ou une personne à charge visée à l'alinéa a) et le lieu — situé à 40 kilomètres au moins de cette localité — où des services médicaux sont habituellement dispensés, ou vice-versa, des personnes suivantes :
>
> (i) le particulier, l'époux ou le conjoint de fait ou la personne à charge,
>
> (ii) un seul particulier accompagnant le particulier, l'époux ou le conjoint de fait ou la personne à charge, si ceux-ci sont, d'après le certificat d'un médecin, incapables de voyager sans l'aide d'un préposé à leurs soins,
>
> si les conditions suivantes sont réunies :

> (iii) il n'est pas possible d'obtenir dans cette localité des services médicaux sensiblement équivalents,
>
> (iv) l'itinéraire emprunté par le particulier, l'époux ou le conjoint de fait ou la personne à charge est, compte tenu des circonstances, un itinéraire raisonnablement direct,
>
> (v) le particulier, l'époux ou le conjoint de fait ou la personne à charge se rendent en ce lieu afin d'obtenir des services médicaux pour eux-mêmes et il est raisonnable, compte tenu des circonstances, qu'ils s'y rendent à cette fin.

Les frais admissibles sont ceux relatifs au transport de la personne ainsi qu'à une personne l'accompagnant si, d'après le certificat d'un médecin, le patient est incapable de voyager sans l'aide d'un préposé.

L'exigence selon laquelle un médecin doit avoir certifié que la personne est incapable de voyager sans l'aide d'un préposé à ses soins ne requiert pas que le certificat soit donné préalablement au transport : *Revusky c. R.*, [1997] 2 C.T.C. 2443. Dans cette affaire, la Cour a de plus accepté que la barrière linguistique était un motif en vertu duquel des services médicaux équivalents ne pouvaient être obtenus dans une localité donnée.

Lorsqu'un service de transport n'est pas immédiatement disponible, le paragraphe 118.2(4) prévoit que le particulier qui utilise un véhicule sera réputé avoir payé une somme raisonnable et pourra réclamer ces frais dans le cadre du mécanisme de crédit. Cette exigence fut interprétée de manière très libérale dans l'affaire *Leff c. R.*, [1997] A.C.I. n^{o} 316. La Cour a indiqué que le paragraphe 118.4 peut s'appliquer lorsque l'utilisation d'une telle entreprise serait moins avantageuse en pratique ou plus coûteuse pour le contribuable. Cette interprétation a pour conséquence de conférer au contribuable l'option d'utiliser un véhicule privé, particulièrement lorsque son état de santé justifie cet usage, ce qui n'était pas prévu par le législateur.

Dans l'affaire *Mullin c. Canada*, [1999] A.C.I. n^{o} 190, l'Agence a plaidé que la somme raisonnable équivalait à 11 cents le kilomètre. Sur ce point, la Cour a indiqué :

> Je ne vois aucun fondement qui me permettrait de faire une distinction entre le paiement réputé avoir été fait à une personne en vertu du paragraphe 118.2(4) et un paiement fait à un fonctionnaire de Revenu Canada ou d'un autre ministère ou encore à un juge en mission officielle. Dans ce dernier contexte, je remarque qu'un taux de 0,34 1/2 $ le kilomètre est considéré comme correspondant à une dépense raisonnable engagée par un fonctionnaire ou un juge devant utiliser son véhicule pour une mission officielle.

L'alinéa h) se lit comme suit :

> 118.2(2) Pour l'application du paragraphe (1), les frais médicaux d'un particulier sont les frais payés :
>
> h) pour les frais raisonnables de déplacement, à l'exclusion des frais visés à l'alinéa g), engagés à l'égard du particulier, de l'époux ou du conjoint de fait ou d'une personne à charge visée à l'alinéa a) et, si ceux-ci sont, d'après le certificat d'un médecin, incapables de voyager sans l'aide d'un préposé à leurs soins, à l'égard d'un seul particulier les accompagnant, afin d'obtenir des services médicaux dans un lieu situé à 80 kilomètres au moins de la localité où le particulier, l'époux ou le conjoint de fait ou la personne à charge habitent, si les conditions visées aux sous-alinéas g)(iii) à (v) sont réunies.

Le Bulletin précise les dépenses visées à cet alinéa 118.2(2)h) :

> L'expression « autres frais raisonnables de déplacement » mentionnés au numéro 33 fait référence aux sommes qu'un patient et, lorsque admissible, la personne qui l'accompagne ont dépensées pour les repas et le logement. Les frais de transport mentionnés au numéro 32 comprennent les frais d'utilisation d'un véhicule. Les frais d'utilisation d'un véhicule incluent les coûts de fonctionnement et les frais de propriété. Les coûts de fonctionnement comprennent le coût de l'essence, de l'huile moteur, des pneus, de l'immatriculation, des primes d'assurance ainsi que de l'entretien et des réparations. Les frais de propriété comprennent la dépréciation, la taxe provinciale et les frais de financement. […]

La décision du juge Bell dans l'affaire *Revusky*, précitée, constitue un exemple d'application de cette disposition. Dans cette affaire, le contribuable s'était rendu en Espagne afin de ramener son fils au pays. Celui-ci souffrait d'une grave dépression et ne pouvait être soigné en Espagne. Une fois sur place, le contribuable éprouva toutefois des difficultés à obtenir un vol de retour et dut, en conséquence, demeurer en

Espagne deux semaines. Le juge Bell accepta les dépenses de repas et de logement encourues à titre de frais raisonnables de déplacement.

> 118.2(2) Pour l'application du paragraphe (1), les frais médicaux d'un particulier sont les frais payés :
>
> > i) au titre d'un membre artificiel, d'un poumon d'acier, d'un lit berceur pour les personnes atteintes de poliomyélite, d'un fauteuil roulant, de béquilles, d'un corset dorsal, d'un appareil orthopédique pour un membre, d'un tampon d'iliostomie ou de colostomie, d'un bandage herniaire, d'un oeil artificiel, d'un appareil de prothèse vocale ou auditive ou d'un rein artificiel, pour le particulier, son époux ou conjoint de fait ou une personne à charge visée à l'alinéa a).

Le Bulletin reproduit en Annexe énonce la position de l'ADRC relativement à chacun de ces items. Il est intéressant de noter que la loi n'exige pas que ces appareils aient été prescrits par un médecin ou acquis d'un fournisseur donné pour être admissibles au crédit d'impôt. En ce sens, ces appareils se distinguent des dispositifs prescrits (notamment un synthétiseur de parole électronique ou un décodeur de signaux de télévision spéciaux, visés à l'alinéa 118.2(2)m) en vertu des alinéas 5700p) et q) du Règlement), lesquels ne se qualifient que s'ils ont été prescrits par un médecin.

> 118.2(2) Pour l'application du paragraphe (1), les frais médicaux d'un particulier sont les frais payés :
>
> 1.2) pour les frais raisonnables afférents à des rénovations ou transformations apportées à l'habitation du particulier, de son époux ou conjoint de fait ou d'une personne à charge visée à l'alinéa a) — ne jouissant pas d'un développement physique normal ou ayant un handicap moteur grave et prolongé — pour lui permettre d'avoir accès à son habitation, de s'y déplacer ou d'y accomplir les tâches de la vie quotidienne.

À ce sujet, le Bulletin énonce la position de l'ADRC :

> Pour être admissibles, ces frais doivent avoir été payés pour permettre au particulier d'avoir accès à l'habitation ou de se déplacer à l'intérieur et d'y être plus autonome. Les frais compris dans cette catégorie sont les frais raisonnables et nécessaires pour des modifications structurelles à la résidence, comme les suivantes :

> a) l'achat et l'installation de rampes intérieures ou extérieures, lorsque des escaliers empêchent la mobilité de la personne handicapée ;
>
> b) l'agrandissement des couloirs et des portes, pour permettre à la personne handicapée d'accéder aux différentes pièces de l'habitation ;
>
> c) l'abaissement des comptoirs de la cuisine ou de la salle de bain, pour permettre à la personne handicapée d'y avoir accès.
>
> Les types de modifications structurelles qui peuvent être admissibles ne sont pas restreints aux exemples donnés ci-dessus. Les « frais raisonnables » reliés à une modification structurelle donnée peuvent comprendre des sommes versées à un architecte ou à un entrepreneur.

L'expression *frais raisonnables afférents à des rénovations ou transformations* suggère que non seulement le coût des rénovations ou transformations puisse donner ouverture au crédit, mais également d'autres dépenses reliées à ces rénovations ou transformations, notamment les frais de logement si un déménagement temporaire était rendu nécessaire au cours de la période de rénovations.

Il existe toutefois une certaine controverse jurisprudentielle quant à la façon d'interpréter l'expression *pour lui permettre d'avoir accès à son habitation, de s'y déplacer ou d'y accomplir les tâches de la vie quotidienne*. Selon le juge Léger dans *Côté c. R*., [1997] 3 C.T.C. 2607, cette expression doit recevoir une interprétation large et libérale.

> Les dispositions de la Loi de l'impôt sur le revenu qui permettent la déduction de frais médicaux ont pour but de ne pas imposer la partie du revenu du citoyen qui est requis pour les nécessités de la vie. Bien qu'il y ait des dispositions précisant ce que sont des frais médicaux, la Cour est tenue d'interpréter cette loi de la manière la plus équitable et la plus large qui soit compatible avec la réalisation de son objet.

Dans cette affaire, la Cour a admis les frais relatifs à l'acquisition d'un bain tourbillon et d'un système d'alarme d'urgence, installés à la suite de la recommandation d'un médecin au motif que le bain tourbillon améliore la mobilité du patient alors que le système d'alarme augmente son indépendance.

Une décision contraire fut toutefois rendue par la juge Lamarre Proulx dans l'affaire *Craig c. R*., [1996] 3 C.T.C. 2037. Selon la juge, cette disposition vise les rénovations et transformations permettant au patient d'avoir accès à la résidence et de s'y déplacer et non celles qui favorisent son bien-être.

Compte tenu de la tendance jurisprudentielle actuelle selon laquelle ces dispositions doivent être interprétées avec compassion, les tribunaux pourraient préférer l'approche du juge Léger, même lorsque la dépense favorise le bien-être de la personne, à condition que les frais encourus permettent au contribuable d'accomplir les tâches de la vie quotidienne.

Par ailleurs, cette ouverture jurisprudentielle a permis au juge Bowman, de la Cour canadienne de l'impôt, de conclure dans *Hillier c. R*., 2000 DTC 2145, que les mots « rénovations ou transformations apportées à l'habitation du particulier » doivent être interprétés de manière à inclure la construction d'une résidence d'habitation satisfaisant à des spécifications rigoureuses requises par l'état de santé du patient :

> La disposition a pour objet d'accorder un allégement aux personnes qui ont besoin d'arrangements particuliers en matière d'habitation en raison d'une incapacité médicale sérieuse. À la lumière du but et de l'objet de la disposition, cette dernière doit être interprétée de manière à ce que son objet soit réalisé le mieux possible, conformément à l'article 12 de la Loi d'interprétation :
>
> Tout texte est censé apporter une solution de droit et s'interprète de la manière la plus équitable et la plus large qui soit compatible avec la réalisation de son objet.

Le juge réfère ensuite à la décision du juge Rip dans l'affaire *Vantyghem c. R*., [1999] 2 C.T.C. 2159 et cite le passage suivant :

> Les dispositions de la Loi portant sur les frais médicaux et les crédits d'impôt pour personnes handicapées doivent recevoir l'interprétation la plus juste et la plus libérale qui soit compatible avec la réalisation de leur objet et l'intention du législateur lorsqu'il les a adoptées. Tout texte « s'interprète de la manière la plus équitable et la plus large qui soit compatible avec la réalisation de son objet ». Dans les cas où il n'est pas

> déraisonnable, selon les circonstances de l'affaire, de conclure qu'une somme payée par un contribuable représente des frais médicaux, le tribunal doit examiner si la somme ainsi payée se qualifie comme des frais médicaux aux termes du paragraphe 118.2(2) de la Loi.

Au cours des dernières années, les contribuables se sont fréquemment appuyés sur cette disposition afin de réclamer, dans le calcul des dépenses admissibles au crédit, le coût d'acquisition d'une cuve thermale. Le coût de cet item n'étant pas spécifiquement prévu par la loi ni par le Règlement, les tribunaux ont, dans certaines décisions, adopté une attitude plus favorable au contribuable en admettant les coûts d'installation de la cuve en vertu de cet alinéa l.2) qui permet les frais de rénovations et de transformations du bâtiment, et ce, lorsque la cuve est acquise à des fins d'hydrothérapie et de soulagement de la douleur et non à des fins récréatives (*Gibson c. Canada*, [2000] A.C.I. n^{o} 753. *Contra : Craig c. Canada*, [1996] A.C.I. n^{o} 516). Toutefois, lorsque la cuve se trouve à l'extérieur de la maison, la Cour a refusé de suivre ce raisonnement puisque « l'installation n'a pas entraîné de rénovations importantes de l'intérieur » (*Williams c. Canada*, [2001] A.C.I. n^{o} 208).

Par ailleurs, le coût de la cuve fait l'objet de décisions contradictoires. Voir sur ce point les commentaires au Règlement 5700i) pris sous l'alinéa 118.2m).

> 118.2(2) Pour l'application du paragraphe (1), les frais médicaux d'un particulier sont les frais payés :
>
> m) pour tout dispositif ou équipement destiné à être utilisé par le particulier, par son époux ou conjoint de fait ou par une personne à charge visée à l'alinéa a) et qui répond aux conditions suivantes, dans la mesure où le montant payé ne dépasse pas le montant fixé par règlement, le cas échéant, relativement au dispositif ou à l'équipement :
>
> (i) il est d'un genre visé par règlement,
>
> (ii) il est utilisé sur ordonnance d'un médecin,
>
> (iii) il n'est pas visé à un autre alinéa du présent paragraphe,
>
> (iv) il répond aux conditions prescrites quant à son utilisation ou à la raison de son acquisition.

Dans l'affaire *Craig*, précitée, la juge Lamarre Proulx rejetait l'argument selon lequel une simple recommandation d'un médecin équivalait à l'ordonnance d'un médecin au sens de cette disposition. Par ailleurs, dans l'affaire *Côté*, précitée, le juge Léger semble suggérer qu'une telle recommandation puisse être considérée comme une ordonnance d'un médecin.

Voici quelques dispositifs ou équipements visés par l'article 5700 du Règlement de l'impôt sur le revenu :

> b) un dispositif ou équipement, y compris une pièce de rechange, conçu exclusivement pour l'usage d'un particulier souffrant d'une maladie respiratoire chronique grave ou de troubles graves du système immunitaire, à l'exclusion d'un appareil de climatisation, d'un humidificateur, d'un déshumidificateur, d'un échangeur thermique, d'un échangeur d'air et d'une thermopompe.

Compte tenu de la généralité des termes employés à cet alinéa, dans l'affaire *Shelley O. Williams c. R*, [1997] A.C.I. n^{o} 1346, la Cour a admis le coût d'achat d'un matelas en vertu de cet alinéa même si l'alinéa h) du Règlement 5700 vise spécifiquement le lit d'hôpital. Pour la Cour, il s'agit justement d'un équipement destiné à l'usage de la patiente visé à l'alinéa c) du Règlement.

> Art. 5700 h) un lit d'hôpital, y compris les accessoires de ce lit visés par une ordonnance.

Dans l'affaire *Shelley O. Williams c. R,* précitée, le matelas conçu spécialement selon les instructions d'un médecin, même s'il ne faisait pas partie d'un lit d'hôpital, a été admis en vertu de l'alinéa c) du règlement. De même, ont été admis les frais encourus pour modifier un lit afin de le rendre semblable à un lit d'hôpital : *Vucurevich c. Canada*, [1999] T.C.J. n^{o} 889.

Sur cet aspect, la Cour a permis qu'un lit double permettant à la contribuable souffrant de sclérose et à son conjoint de l'occuper, qui n'est ni conçu ni fabriqué expressément pour répondre à des besoins d'ordre médical et qui n'est pas un lit que l'on est susceptible de voir dans un hôpital, mais qui possède néanmoins la caractéristique essentielle de ceux que l'on y trouve, constitue un lit qui possède suffisamment

d'attributs d'un « lit d'hôpital traditionnel » pour être conforme au règlement : *Crockart c. Canada*, [1999] A.C.I. n^{o} 81.

> Art. 5700 i) tout dispositif qui est conçu à l'intention du particulier à mobilité réduite pour l'aider à marcher.

Dans l'affaire *Williams c. Canada*, précitée, la Cour a conclu que la cuve thermale ne constituait pas un tel dispositif. Selon la Cour, « la seule façon dont il est concevable de la faire entrer dans le cadre de cet article serait que la Cour fasse un effort d'imagination de façon à penser que l'article et le Règlement prévoyaient quelque chose qui améliorerait indirectement la mobilité de la personne. Cette Cour est convaincue que cet article n'avait pas pour but de couvrir un tel dispositif ». La Cour en est arrivée à la même conclusion dans l'affaire *Graumann c. Canada*, [2002] T.C.J. n^{o} 477, au motif que la cuve ne constitue pas un dispositif aidant à marcher.

Par contre, dans l'affaire *Galipeau c. Canada*, [2000] A.C.I. n^{o} 705, il a été décidé que le coût d'acquisition de la cuve constituait une dépense admissible : « cette cuve thermale est un dispositif conçu pour aider M^{me} Galipeau à marcher et pour lui donner une meilleure mobilité, et ce, autant à l'extérieur qu'à l'intérieur de son habitation ».

Afin d'être admis au titre de dépense admissible en vertu de ce Règlement, l'équipement visé doit faire l'objet d'une prescription médicale alors que plusieurs des dispositifs mentionnés à la loi ne requièrent pas cette prescription. Ainsi, contrairement à l'œil artificiel visé à l'alinéa 118.2(2)i), le lecteur optique visé au Règlement doit avoir été prescrit par un médecin pour donner ouverture au crédit. Il en est de même pour les appareils de prothèse vocale ou auditive visés à 118.2(2)i), alors que le téléimprimeur visé au Règlement doit avoir été prescrit par un médecin pour donner ouverture au crédit.

Par ailleurs, l'écart terminologique entre la version française et anglaise de la loi fédérale risque d'être une source de conflit inutile et devrait être corrigé. Le texte français de la législation précise que le dispositif doit être « utilisé » sur ordonnance du médecin, alors que la version anglaise indique « equipment for use by the patient that is

prescribed by a medical practitioner ». Puisque la version française de la loi fédérale de même que la Loi sur les impôts insistent sur *l'utilisation* qui doit être prescrite par le médecin, nous croyons que le dispositif pourrait avoir été acquis au préalable par le contribuable sans prescription tandis que le coût pourrait être reconnu à titre de dépense admissible dans la mesure où une prescription en valide l'usage.

Finalement, les dépenses suivantes sont aussi admissibles au crédit.

> 118.2(2) Pour l'application du paragraphe (1), les frais médicaux d'un particulier sont les frais payés :
>
> n) pour les médicaments, les produits pharmaceutiques et les autres préparations ou substances — sauf s'ils sont déjà visés à l'alinéa k) — qui sont, d'une part, fabriqués, vendus ou offerts pour servir au diagnostic, au traitement ou à la prévention d'une maladie, d'une affection, d'un état physique anormal ou de leurs symptômes ou en vue de rétablir, de corriger ou de modifier une fonction organique et, d'autre part, achetés afin d'être utilisés par le particulier, par son époux ou conjoint de fait ou par une personne à charge visée à l'alinéa a), sur ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste, et enregistrés par un pharmacien.

Alors que dans l'affaire *Mongillo c. Canada*, 95 DTC 199, la Cour canadienne de l'impôt décidait à regret que des aliments spécialisés requis par une personne souffrant d'allergies sévères n'étaient pas admissibles au sens de cette disposition, compte tenu de l'absence de l'intervention du spécialiste de la santé, ce même tribunal suggère maintenant une ouverture dans l'affaire *Marilyn B. Banman c. R*, [2001] A.C.I. n^{o} 111, portant sur l'utilisation d'herbes médicinales, vitamines et autres articles naturels. Dans son jugement, la Cour émet le souhait suivant :

> Je crois toutefois que le gouvernement devra tôt ou tard se rendre compte du fait que les médicaments homéopathiques, les formes de traitement de relais, les herbes, la guérison naturelle et ce genre de médecine sont à ce point présents qu'il lui faudra songer à modifier la Loi de l'impôt sur le revenu de façon à accorder un crédit d'impôt relativement à ces médicaments. Le cas de l'appelante constitue un très bon exemple d'une personne qui a utilisé ces méthodes de relais avec succès. Je suis désolé de ne pouvoir accorder de mesure de redressement à l'appelante, mais je loue le courage dont elle a fait preuve en se présentant en cour.

3.1.3 Calcul du crédit

L'allégement fiscal octroyé dans le cadre d'une dépense pour frais médicaux prend la forme d'un crédit d'impôt non remboursable. Ce crédit équivaut à 16 % de la dépense admissible au niveau fédéral et 20 % au Québec. Bien que ce crédit ne soit assujetti à aucun plafond, il ne peut excéder l'impôt payable par le contribuable, puisqu'il ne s'agit pas d'un crédit remboursable. La personne qui a engagé la dépense peut bénéficier du crédit, même lorsqu'une autre personne est le bénéficiaire des services médicaux, à condition que cette autre personne soit le conjoint ou une personne à charge définie par la loi, cette expression visant notamment et non limitativement les enfants, petits-enfants et grands-parents. Par ailleurs, il n'est pas essentiel que ces autres personnes vivent sous le même toit que le contribuable.

Le crédit pour frais médicaux vise à accorder un soutien financier au contribuable qui engage des coûts de soins de santé supérieurs à ceux normalement encourus par la moyenne de la population. À cette fin, le crédit est soumis à un plancher de dépense calculé notamment en fonction du revenu du contribuable.

Au niveau fédéral, en 2003, ce plancher est égal au moins élevé de 1 755 $ ou 3 % du revenu du particulier. Ce mode de calcul reconnaît la faculté contributive de chacun selon son revenu. Par exemple, le crédit accordé au contribuable dont le revenu est de 20 000 $ ne visera que les dépenses qui excèdent 3 % de 20 000 $, soit 600 $. Si les frais encourus sont moindres, l'État adopte la position qu'il n'a pas à participer à cette dépense jugée raisonnable à ce niveau de revenu.

La contribution exigée par un contribuable dont le revenu est de 40 000 $ sera plus élevée, soit 3 % de 40 000 $, c'est-à-dire 1 200 $ de telle sorte que seules les dépenses excédant cette somme seront admissibles au crédit. Par contre, le législateur a jugé que cette proportionnalité entre le revenu et le niveau de dépenses pour frais médicaux doit être sujette à certaines limites. C'est pourquoi le « plafond » des dépenses non admissibles a été établi à 1 755 $ pour l'année 2003, de sorte qu'un

contribuable dont le revenu est de 100 000 $ en 2003 aura accès au crédit lorsque les dépenses seront supérieures à cette somme de 1 755 $.

Lorsque le crédit est demandé pour des frais encourus pour une personne *autre* que le contribuable ou son conjoint, le montant du crédit accordé pour le contribuable qui fait la demande est diminué par une somme équivalente à 68 % du revenu de cette personne à charge qui excède le crédit de base prévu à la loi. Si le revenu de la personne pour qui les soins sont défrayés est inférieur au crédit de base (les besoins essentiels reconnus) établi à 7 756 $ en 2003, le contribuable pourra prendre cette dépense comme s'il était le bénéficiaire des services. Si le revenu du bénéficiaire des soins excède le crédit de base, le crédit s'en trouvera substantiellement amputé. Ainsi, même si la dépense à l'égard d'une personne à charge, sauf le conjoint, est peu élevée alors que le payeur a d'importants frais pour lui-même, il sera pénalisé par l'effet du revenu de cette personne à charge qui devra être pris en compte dans le calcul de son crédit à l'égard des dépenses encourues pour lui-même. L'effet de cette pénalité est que lorsque les frais médicaux sont engagés à l'égard d'une personne à charge ayant un revenu supérieur aux besoins essentiels reconnus (autre qu'un conjoint), le payeur ne profitera du crédit que si la somme engagée est passablement élevée. Cette situation peut engendrer des litiges imprévus. Par exemple, si la victime d'un accident du travail est bénéficiaire de prestations de la CSST alors que des frais médicaux non reliés à l'accident sont assumés par son parent, le calcul du crédit octroyé au parent devra prendre en compte les prestations de la CSST puisqu'elles font partie du revenu de la victime, même si elles ne donnent lieu théoriquement à aucun impôt payable. Tel que nous le verrons dans une autre portion de ce rapport, cette conclusion n'est nullement applicable à la victime d'un accident de la route prestataire de la SAAQ.

Le régime fiscal québécois a adopté une toute autre approche en ne prévoyant aucun plafond à la portion non admissible des dépenses. Toute dépense inférieure à 3 % du revenu, qu'il soit modeste ou colossal, sera non admissible au crédit. Ainsi, l'effort financier non subventionné par l'État est, en termes de pourcentage du revenu, le même pour tous les contribuables.

De plus, au Québec, le revenu cumulé des deux conjoints doit être pris en compte dans le calcul du plancher de dépenses non admissibles au crédit. Par exemple, un couple ayant chacun un revenu de 30 000 $ devra engager des dépenses admissibles de l'ordre de 3 % de 60 000 $, soit 1 800 $ avant que l'un des conjoints puisse bénéficier du crédit pour frais médicaux.

Finalement, la pénalité dont nous faisions état plus haut et qui s'applique au niveau fédéral lorsque le crédit est réclamé pour une personne *autre* que le contribuable ou son conjoint, a été supprimée au Québec lors du budget du 11 mars 2003. Cette mesure non votée compte tenu du déclenchement des élections et du changement de gouvernement a été reprise par le nouveau gouvernement, lors du dépôt du budget du 12 juin 2003.

3.1.4 Caractéristiques

Les soins de santé exigent des dépenses importantes de la part de l'État et des contribuables. Alors que la santé occupe une place de plus en plus importante dans le budget de dépenses des gouvernements, (au niveau québécois, près de 17 milliards sur les 43,5 milliards en dépenses d'opération pour l'année 2001-2002), il devient très tentant pour les gouvernants de trouver des mécanismes parallèles de financement leur permettant du même coup de réduire leurs contributions. La fiscalité devient alors un outil qui peut facilement devenir un piège pour plusieurs raisons. Sur le plan constitutionnel, il est loin d'être certain que ce crédit d'impôt octroyé par la loi fédérale respecte le partage des pouvoirs prévus à la Constitution, puisque le domaine de la santé relève de la juridiction provinciale. En effet, ce crédit est octroyé à condition que soient effectuées certaines dépenses de soins de santé spécifiquement indiquées dans la Loi de l'impôt sur le revenu. Cette subvention gouvernementale est similaire à un paiement direct qu'effectuerait l'État fédéral à un contribuable qui défraie des soins de santé.

En dehors de la sphère constitutionnelle, de tels crédits sont problématiques, puisque les dépenses qui devraient être assumées par l'État québécois dans son budget de

dépenses applicables à la santé sont noyées dans une législation fiscale fédérale et provinciale et sont accordées à des contribuables selon des barèmes qui relèvent davantage du domaine économique que d'une priorité d'agir ! L'utilisation abusive de la fiscalité risque ainsi de créer un déséquilibre quant à la répartition des sommes qui y sont investies, puisque celles qui y sont consacrées, contrairement au budget de la santé, ne sont nullement ciblées vers les programmes de santé jugés prioritaires. Aussi, ce bénéfice fiscal lié aux soins de santé est actuellement réservé à une classe privilégiée de la société qui a les moyens de se payer de tels soins. Est-ce le résultat d'une politique cohérente et équitable ? Nous ne le croyons pas.

Tel que nous l'avons démontré précédemment, les ajouts à la pièce des dépenses admissibles au crédit témoignent d'une absence de planification et sont souvent le résultat d'une intervention judiciaire ayant soulevé les passions. Les sommes investies par les gouvernements fédéral et québécois au titre des crédits pour frais médicaux excèdent les 600 millions de dollars annuellement. Ne serait-il pas plus pertinent et raisonnable que ces sommes soient ajoutées au budget de la santé et qu'elles soient investies selon les priorités définies par les gestionnaires de la santé ?

Sur le plan strictement fiscal, il est évident que le crédit pour frais médicaux est bien plus équitable que l'ancienne déduction ; toutefois, il demeure sujet à critiques. D'une part, puisque le crédit est calculé en utilisant un pourcentage identique pour tous les contribuables et est calculé en le multipliant par le montant de la dépense admissible, il devient évident que son effet redistributif est très mitigé, car il ne tient pas compte de la capacité de payer du contribuable. En effet, un contribuable dont les ressources financières ne lui permettent pas d'engager la dépense ne pourra profiter de cette subvention fiscale offerte par l'État.

D'autre part, puisque le crédit disponible n'est limité par aucun plafond de dépenses, si ce n'est qu'un crédit qui excède l'impôt payable ne sera pas remboursé au contribuable, il est clair qu'un contribuable à haut revenu est avantagé et qu'il pourra davantage en bénéficier compte tenu de sa capacité accrue à se payer des soins médicaux, augmentant du coup le montant du crédit dont il pourra profiter. Le seul plafond à

l'égard de ce crédit réside dans les conditions mêmes de son obtention, c'est-à-dire qu'il n'est pas remboursable et qu'il ne peut que réduire un impôt autrement payable.

Cette critique a d'ailleurs été formulée en octobre 1996 dans le rapport *Donner un sens à notre citoyenneté canadienne : La volonté d'intégrer les personnes handicapées*, Groupe de travail fédéral concernant les personnes handicapées :

> Comme le crédit est établi en fonction des dépenses réelles, il est plus élevé pour ceux qui gagnent plus. Il est proportionnellement plus élevé pour ceux qui engagent des dépenses extraordinaires que pour ceux qui doivent payer des frais courants pour un soutien ou des services liés à leur incapacité.

Il est intéressant de noter qu'à l'origine, lors de l'introduction de la mesure fiscale visant les frais médicaux, un plafond de 400 $ avait été instauré. Il a été augmenté graduellement pour atteindre 3 000 $ en 1960 et il fut supprimé sans trop de commentaires en 1961 (S.C., 1960-61, c.49, par. 9(2)).

Comme nous l'avons déjà indiqué, le régime fiscal a pour but d'offrir une certaine forme d'aide financière au contribuable dont l'ampleur de frais médicaux excède la moyenne des sommes engagées à ce titre par la population. Ainsi, seule la dépense dépassant 3 % du revenu du contribuable au niveau fédéral, et du revenu des deux conjoints au niveau québécois, sera admissible au crédit d'impôt. Par ailleurs, au niveau fédéral, ce seuil de dépenses non admissibles est fixé à 1 755 $ pour l'année 2003 alors que, au niveau québécois, une telle limite est inexistante.

Ce que l'on constate est que, au niveau fédéral, le seuil non admissible avantage les mieux nantis puisqu'il est établi à 3 % du revenu, jusqu'à concurrence d'un revenu de 58 500 $, soit 1 755 $, et qu'ensuite il diminue en terme de pourcentage du revenu à mesure que les revenus augmentent. Par conséquent, le pourcentage des dépenses non admissibles pour la personne dont le revenu est de 100 000 $ est de 1,755 % et non 3 %. La législation québécoise est plus équitable sur ce point puisque le revenu des deux conjoints est pris en compte dans le calcul de la dépense non admissible de 3 %, et ce, sans qu'il n'existe de plafond. Or, puisque l'impôt doit être calculé selon la

capacité de payer du contribuable, nous sommes d'opinion que la position adoptée par le législateur fédéral contrevient à ce principe lorsqu'il accorde aux mieux nantis un crédit sur une proportion plus importante de la dépense.

Par ailleurs, lorsque les frais médicaux sont requis compte tenu de l'incapacité de la personne, il nous apparaît que l'imposition d'un plancher de dépenses non admissibles, soit 3 % du revenu, constitue une barrière injustifiée. En effet, puisque les statistiques de 1991 démontrent que la dépense annuelle de frais médicaux atteint 2 716 $ chez les personnes âgées ayant une incapacité (nous n'avons pas été en mesure de faire un tel recoupage pour les statistiques des années postérieures) et puisque l'État reconnaît à cette personne le statut de personne handicapée en mettant sur pied des mécanismes dont l'objet est de minimiser les impacts financiers découlant de cette situation et de pallier les coûts supplémentaires qui doivent par conséquent être engagés, il nous semble que la totalité de la dépense devrait donner ouverture au crédit. Cette situation ne donne pas un avantage indu aux personnes handicapées par rapport aux autres contribuables soumis au seuil de 3 %, puisque l'incapacité occasionne des dépenses pour frais médicaux qui s'étendent bien souvent sur une vie entière et atteignent des sommes importantes, en plus de restreindre substantiellement la capacité de gain par rapport à la moyenne nationale.

Une proposition semblable a déjà fait l'objet du dépôt d'un projet de loi. Le projet C-282 déposé en première lecture le 6 février 1994 avait pour objet d'éliminer cette contrainte du 3 % à l'égard des personnes de 65 ans ou plus atteintes d'une incapacité grave et prolongée, de telle sorte que toutes les dépenses admissibles pour frais médicaux auraient donné ouverture au crédit. Cette mesure, dont le coût avait été estimé à 2,7 millions de dollars à l'époque, aurait permis aux gens âgés de 65 ans ou plus et atteints d'une incapacité sévère de bénéficier du crédit sur l'ensemble de leurs frais médicaux, dont la moyenne annuelle était alors estimée à 2 716 $ en 1991. Ce projet de loi n'a jamais eu de suite puisqu'il a été rayé du feuilleton le 7 février 1995.

Afin de rendre le crédit plus redistributif, le modèle adopté par la législation fiscale québécoise en matière de crédit d'impôt relatif aux frais de garde d'enfant mérite d'être

analysé. Ce crédit octroyé aux parents qui engagent des frais de garde pour leur enfant est d'une part remboursable, c'est-à-dire qu'il est accordé à tout contribuable qui engage une dépense admissible et ce, sans égard à son revenu et à son impôt payable. De plus, ce crédit étant inversé, le taux de remboursement est fixé au départ à 75 % de la dépense pour atteindre un plancher de 26 % au fur et à mesure de l'augmentation du revenu. L'avantage de cette solution est double : un contribuable qui ne paie pas d'impôt a accès au crédit et il favorise davantage ceux qui n'ont pas les moyens d'effectuer la dépense pourtant cruciale.

Tel que nous l'avons énoncé précédemment, la liste des dépenses donnant ouverture au crédit pour frais médicaux est en perpétuel changement. Les modifications émanent ou bien d'un changement législatif ou réglementaire ou sont le fruit d'une interprétation jurisprudentielle. La tendance des dernières années semble aller vers une interprétation plus libérale des dépenses admises. Pour s'en convaincre, on n'a qu'à analyser la jurisprudence qui admet depuis peu l'acquisition de cuves thermales au motif que ce sont des dispositifs qui aident à marcher.

Bien que l'ouverture démontrée par cette interprétation très libérale adoptée par les tribunaux favorise les intérêts des contribuables visés, il n'est pas souhaitable que les tribunaux se chargent d'élargir le champ d'application de la loi. Cette approche constitue une source d'incertitude pour les contribuables et peut même engendrer des iniquités pour les contribuables qui ne seraient pas au courant des modifications récentes et de la position exacte de l'Agence à leur égard ; de plus, elle favorise clairement les contribuables qui ont les moyens de porter le litige devant les tribunaux.

3.1.5 Coûts et statistiques

Selon les données disponibles, le coût du crédit est estimé à 625 millions de dollars au niveau fédéral pour l'année 2003 et à 181 millions de dollars au niveau québécois pour la même période. Ces statistiques couvrent toutes les demandes présentées au titre de crédit pour frais médicaux, et ce, sans égard à l'état de santé du requérant, de telle

sorte qu'elles ne permettent pas de connaître le montant réclamé par les personnes qui ont une incapacité.

Selon les statistiques fédérales les plus récentes portant sur l'année 2001, il appert que les dépenses pour frais médicaux qui ont fait l'objet d'une demande de crédit, lesquelles ne comprennent pas la portion non admissible de la dépense, totalisent 4,5 milliards de dollars. Ces statistiques couvrent toutes les demandes présentées au titre de crédit pour frais médicaux, et ce, sans égard à l'état de santé du requérant, de telle sorte qu'elles ne permettent pas de connaître le montant réclamé par les personnes ayant une incapacité permanente. Considérant que le taux de conversion du crédit était établi à 16 % de la dépense en 2001, le coût de ce crédit pour le trésor fédéral pour cette même année a pu atteindre 720 000 000 $ si effectivement tous les demandeurs ont profité de la mesure pour réduire leurs impôts. On notera toutefois que les dépenses fiscales projetées par le ministère des Finances pour cette année 2001 ne prévoyaient que des dépenses de 550 millions.

Selon ces statistiques et conformément aux attentes, les jeunes dépensent beaucoup moins que les aînés à ce chapitre. Par exemple, au cours de l'année 2001, les hommes de 25 à 29 ans ont effectué en moyenne des dépenses admissibles de l'ordre de 917 $ alors que cette somme est de 780 $ pour les femmes du même groupe d'âge. Plus les gens avancent en âge et plus la dépense admissible est élevée. Ainsi, elle est de 1 261 $ en moyenne pour les gens de 35 à 39 ans, 1 436 $ pour ceux de 50 à 54 ans et grimpe à 4 069 $ pour les contribuables de 75 ans et plus. En tout, les contribuables de la catégorie 65-79 ans ont présenté des dépenses admissibles de 2,388 milliards de dollars en 2001, soit 52,5 % du montant des réclamations totales, alors qu'ils ont produit 17,1 % du nombre total des déclarations de revenus au cours de cette année.

Par ailleurs, seulement 60 920 personnes âgées de 20 à 24 ans ont présenté une telle demande en 2001, alors que ce nombre s'élève à 235 820 pour les 45-49 ans et atteint 415 810 pour les 75 ans et plus. Les 65-79 ans représentent en tout 850 330 demandeurs, soit 34,5 % de la totalité des personnes ayant présenté une telle réclamation.

Ces statistiques nous enseignent aussi que 1 486 400 femmes ont présenté des frais admissibles en 2001, alors que le nombre d'hommes s'élève à 972 830. La somme réclamée par toutes les femmes s'élève à 2 683 359 000 $ en 2001, tandis que les hommes ont présenté des dépenses admissibles de 1 863 183 000 $, soit un tiers de moins que les femmes.

Comme on peut s'en douter, les mieux nantis profitent davantage de ce crédit. En effet, alors que les contribuables qui ont réclamé ce crédit en 2001 ont présenté une dépense moyenne de 1 848 $, la réclamation moyenne passe à 3 706 $ lorsque le revenu est supérieur à 50 000 $. De façon plus spécifique, la moyenne de la dépense atteint 4 876 $ pour les réclamants dont le revenu se situe dans la fourchette de 100 000 $ à 150 000 $ et atteint un sommet de 8 757 $ lorsque le revenu excède 250 000 $.

À ce chapitre, l'édition 2003 des statistiques du Québec portant sur l'année 2001 indique que 267 183 contribuables du Québec ont engagé des dépenses admissibles atteignant 600 millions de dollars. Les statistiques fiscales du Québec prévoient que ce crédit devrait entraîner une dépense fiscale de 181 millions en 2003, une hausse 59 millions par rapport à 2002.

Par ailleurs, les statistiques nous apprennent que 2 049 610 personnes ont bénéficié du crédit pour frais médicaux dans le cadre d'une déclaration imposable parmi les 2 459 230 personnes ayant présenté une demande au cours de l'année 2001. Ainsi, un peu plus de 400 000 personnes ont encouru des frais médicaux alors que leur situation n'a entraîné aucun impôt payable. Ces 400 000 personnes ont-elles réclamé le crédit sans en tirer de bénéfice économique réel ? Il est possible que ce crédit ait servi à diminuer l'impôt à une somme nulle tout comme il est possible que ce résultat, impôt nul, aurait été le même en l'absence de cette réclamation, compte tenu de la situation fiscale globale du contribuable.

Parmi les demandes présentées, près de 600 000 personnes présentaient un revenu inférieur à 15 000 $. Puisque ce crédit ne peut que réduire un impôt autrement payable et qu'il y a fort à parier qu'une portion importante parmi ce dernier groupe ne paie aucun

impôt, nous pouvons conclure que les grands perdants se trouvent dans ce groupe. Pourquoi présentent-ils alors une demande de crédit ? La méconnaissance de la loi liée à sa complexité font miroiter au contribuable une baisse d'impôt qui ne se matérialise nullement, puisque l'impôt payable aurait été nul de toute façon, de telle sorte que le contribuable doit assumer seul le coût de cette dépense, sous réserve de l'admissibilité au supplément remboursable dont il sera question plus loin dans ce rapport.

Ces statistiques couvrent toutes les demandes présentées, sans égard à l'état de santé du requérant, de telle sorte qu'elles ne permettent pas de connaître le montant réclamé par les personnes qui ont une incapacité.

3.2 Le supplément remboursable pour frais médicaux

3.2.1 Historique

Un nouveau concept fiscal a été introduit dans le cadre des dispositions budgétaires de 1997, afin de compenser en partie la perte des prestations spéciales pour un prestataire de la sécurité du revenu qui entre sur le marché du travail. Lorsque ce prestataire bénéficie de la gratuité des médicaments et autres soins de santé, le retour sur le marché du travail occasionne un coût net important puisqu'il doit dorénavant assumer le coût réel de ces frais. Afin de minimiser cet impact, le supplément a été instauré et est applicable aux personnes qui sont sur le marché du travail mais dont le revenu est en deçà d'une limite imposée en vertu de la législation.

3.2.2 Champ d'application

Ce supplément remboursable pour frais médicaux est accordé depuis 1997 à une personne âgée d'au moins 18 ans qui engage des frais médicaux dont le total excède le seuil non admissible. Il constitue en somme un crédit d'impôt remboursable bien qu'on le désigne sous le vocable de « supplément remboursable pour frais médicaux » afin d'éviter de le confondre avec le crédit pour frais médicaux.

Cette mesure est intimement reliée au marché du travail, puisque pour y avoir droit, le bénéficiaire doit occuper un emploi ou exploiter une entreprise et en tirer un revenu d'au moins 2 719 $ pour l'année. Une prestation d'invalidité payable dans le cadre de l'emploi n'est pas considérée comme un salaire pour les fins de l'admissibilité à ce calcul du revenu requis de 2 719 $. Toutefois, tel qu'il sera explicité plus loin, cette prestation pénalisera le contribuable en réduisant le supplément payable car, pour cette fin, elle constituera une forme d'enrichissement qui permettra la réduction du supplément.

Contrairement au crédit général pour frais médicaux, ce supplément prend la forme d'un crédit d'impôt remboursable, de sorte que la portion du crédit qui excède l'impôt payable, si impôt il y a, est remboursée au contribuable à la suite de la production de la déclaration de revenu. Puisque ce supplément remboursable vise à accorder une aide particulière aux contribuables ou aux familles à faible revenu, la loi prévoit qu'il sera réduit graduellement lorsque le revenu familial du particulier et de son conjoint excédera un certain seuil.

Ce crédit est plus généreux à l'égard des personnes ayant des incapacités, puisque le montant à partir duquel il commence à diminuer est plus élevé lorsque la personne est bénéficiaire du crédit d'impôt pour déficience mentale ou physique. L'avantage marqué de ce crédit sur le crédit général pour frais médicaux est qu'il est *remboursable* de telle sorte qu'il permet un remboursement réel des frais admissibles engagés, qu'un impôt soit payable ou non par le contribuable. Toutefois, cette mesure ne vise que les contribuables qui sont sur le marché du travail, ce qui élimine du coup les personnes ayant une incapacité trop sévère pour occuper un emploi.

3.2.3 Calcul du supplément

Pour l'année 2003, le supplément fédéral est plafonné à 544 $ (525 $ au Québec) et se calcule sur la base de 25/16 (25/20 au Québec) du crédit non remboursable pour frais médicaux qui a été analysé précédemment. Il est accordé intégralement au contribuable dont le revenu familial n'excède pas 14 342 $ au niveau fédéral et

18 235 $ au Québec. Bien que la réduction du supplément s'effectue à partir d'un revenu plus faible au niveau fédéral qu'au niveau québécois, le fédéral compense en augmentant ce seuil de revenu lorsque le contribuable est aussi bénéficiaire du crédit pour déficience mentale ou physique. Ainsi, afin de reconnaître les coûts supplémentaires occasionnés par les incapacités, le seuil de revenu en vertu de la loi fédérale est haussé à 20 621 $ lorsque le contribuable est aussi bénéficiaire du crédit pour déficience mentale ou physique, alors que la législation québécoise est muette sur ce point.

Lorsque le revenu familial excède le seuil admissible, le supplément remboursable est réduit d'un montant équivalent à 5 % de cet excédent. Ainsi, lorsque le contribuable est une personne qui bénéficie du crédit pour déficience mentale ou physique, aucun supplément fédéral n'est payable lorsque le revenu familial atteint 31 501 $, alors que le supplément québécois disparaît lorsque le revenu familial atteint 28 735 $, peu importe la condition du contribuable.

Ce supplément est calculé à partir du crédit pour frais médicaux demandé par le contribuable, que ce crédit ait ou non donné lieu à une diminution effective d'impôt. Cela signifie que même si le crédit d'impôt pour frais médicaux n'a pas procuré de diminution d'impôt, notamment en raison de la faiblesse du revenu, le supplément remboursable sera néanmoins octroyé au contribuable.

Puisque le crédit non remboursable est équivalent à 16 % de la dépense admissible et que le supplément fédéral est calculé sur la base de 25/16 du crédit non remboursable pour frais médicaux, on peut alors conclure que le supplément est équivalent à 25 % (25/16 x 25 %) des frais médicaux qui ont servi au calcul du crédit non remboursable. À titre d'exemple, une dépense de frais médicaux admissibles de 1 000 $ donnera lieu à un crédit non remboursable de 160 $ au fédéral et 200 $ au Québec, dans la mesure où le revenu n'excède pas la limite permise. Le supplément remboursable fédéral sera alors de 25/16, soit 250 $ et il sera identique au Québec, soit 25/20 de 200 $ = 250 $, si les conditions prévues par la loi sont réunies.

Ce crédit est consenti dans le cadre de la déclaration de revenus et prend la forme d'une réduction de l'impôt payable ou encore, lorsque, aucun tel impôt n'est payable, il est versé sous forme de chèque de remboursement au contribuable.

3.2.4 Caractéristiques

Bien que ce supplément puisse être jumelé au crédit non remboursable pour frais médicaux, les situations de cumul sont en réalité plutôt restreintes puisque le crédit non remboursable exige une somme d'impôt payable alors que le supplément remboursable ne s'applique que lorsque le revenu familial est inférieur à la limite indiquée. Or, dans la situation d'une personne sévèrement handicapée de plus de 17 ans qui vit seule, si on ne prend en compte que le crédit de base fédéral de 7 756 $ et le crédit fédéral pour déficience mentale ou physique de 6 279 $, aucun impôt ne sera payable si le revenu imposable est inférieur à 14 035 $ en 2003, de telle sorte que le crédit non remboursable ne serait d'aucune utilité si cette personne a un revenu inférieur. De plus, si la personne bénéficie d'autres crédits, par exemple pour frais de scolarité ou pour enfant à charge, le crédit non remboursable pour frais médicaux serait utile seulement si le revenu est encore plus élevé compte tenu des autres crédits disponibles. Pis encore, si le contribuable vit en couple, puisque le revenu du conjoint est pris en compte pour les fins du crédit non remboursable dans le cadre de la législation québécoise, un revenu encore plus élevé sera requis afin d'avoir accès à ce crédit non remboursable. Bref, le crédit non remboursable pour frais médicaux ne sera bénéfique qu'au contribuable qui, sans le crédit, aurait un impôt payable alors que le supplément remboursable commence à être réduit, pour plusieurs contribuables, lorsque le revenu excède à peine le revenu à partir duquel un impôt est payable de sorte que le cumul des deux crédits ne sera pas monnaie courante.

Lorsque le cumul est possible, l'aide fiscale donne les résultats suivants. Le contribuable bénéficie d'un crédit non remboursable fédéral de 16 % de la dépense admissible et de 20 % au Québec. Le supplément remboursable fédéral est de 25/16 du crédit non remboursable avec un plafond de 544 $ alors qu'au Québec, cette fraction est de 25/20 avec un plafond de 525 $. À titre d'exemple, un contribuable admissible au

crédit pour déficience mentale ou physique ayant un revenu imposable de 17 000 $ peut bénéficier d'un crédit non remboursable à l'égard des frais qui excèdent 510 $, c'est-à-dire 3 % de son revenu. Si les frais médicaux s'élèvent à 2 000 $, la portion admissible de la dépense donnant ouverture au crédit non remboursable pour frais médicaux sera de 1 490 $, c'est-à-dire 2 000 $ – 510 $. Le crédit sera de 238 $ au niveau fédéral, (16 % de 1 490 $) et de 298 $ au Québec (20 % de 1 490 $). Le supplément remboursable fédéral sera égal à 25/16 de 238 $, soit 372 $ alors qu'il sera de 25/20 de 298 $ au Québec, soit aussi 372 $. L'ensemble des crédits disponibles totalise 1 280 $ pour une dépense de frais médicaux de 2 000 $.

3.2.5 Coûts et statistiques

Puisque cette mesure est relativement nouvelle, il existe peu de statistiques qui permettent d'en mesurer l'impact. On sait toutefois que, pour l'année 2001, la mesure québécoise a coûté 11 millions de dollars et qu'elle devrait coûter 12 millions pour l'année 2003, soit une augmentation de 3 millions par rapport aux projections de 1999. Au niveau fédéral, alors que les dépenses anticipées de 1999 s'élevaient à 47 millions de dollars et qu'elles devaient atteindre 66 millions de dollars pour l'année 2002, la nouvelle édition 2002 des Dépenses Fiscales publiée par le ministère des Finances du Canada indique que les données réelles sont bien inférieures aux prévisions. Selon cette dernière édition, les dépenses de 1999 auraient été de 34 millions de dollars et atteindraient 55 millions de dollars en 2003.

Par ailleurs, l'écart important entre la dépense fédérale et québécoise résulte probablement du mode de calcul associé au crédit pour frais médicaux qui sert de base au calcul du supplément. En effet, selon la législation québécoise, pour les fins du calcul du crédit non remboursable pour frais médicaux, la dépense est prise en compte seulement lorsqu'elle excède 3 % du revenu *cumulé des conjoints* alors qu'au niveau fédéral, c'est le revenu *individuel* qui est pris en compte. Ce mode de calcul réduit l'accès au crédit non remboursable québécois et, par ricochet, au supplément remboursable puisque ce dernier est calculé à partir du crédit de base.

3.3 Les frais de préposé aux soins

3.3.1 Historique

La déduction pour préposé aux soins prévue aux articles 64 LIR et 358.0.1 LI est une mesure relativement récente qui permet à une personne ayant une déficience mentale ou physique grave et prolongée de réclamer une déduction à l'égard des sommes versées à un préposé pour lui permettre de tirer un revenu ou de poursuivre des études. Peu de changements y ont été apportés depuis son entrée en vigueur, sous réserve d'une modification importante en 1997. Compte tenu de la similitude entre les dispositions fédérales et québécoises, notre analyse visera à peu près exclusivement la mesure fédérale.

Au moment de son ajout à la Loi de l'impôt sur le revenu en 1989 (L.C. 1989, chap. 39, par. 14(1)), la déduction était plafonnée à 5 000 $ ou aux 2/3 des revenus ou subventions de recherche. La disposition d'origine s'appliquait aux frais engagés au titre de préposé aux soins pour permettre au contribuable d'exercer l'une des activités suivantes :

- accomplir les tâches d'un emploi ou d'une charge ;
- exploiter une entreprise seul ou activement comme associé ;
- suivre un cours de formation professionnelle pour lequel il a reçu une allocation prévue par la Loi nationale sur la formation ;
- faire des recherches ou des travaux semblables pour lesquels il a reçu une subvention.

Par la suite, et ce rétroactivement à 1989, la loi a été modifiée afin de prévoir que le montant de la déduction devait être diminué par les montants de remboursements ou autres formes d'aide que le contribuable reçoit ou a le droit de recevoir au titre d'un montant donnant ouverture à la déduction. Par exemple, lorsque le contribuable est un prestataire de la SAAQ et qu'il engage des frais de préposé aux soins, afin d'occuper

un emploi, frais qui lui sont remboursés par la SAAQ, la déduction lui sera refusée jusqu'à concurrence des montants d'aide reçus de la SAAQ à cette fin.

La limite de 5 000 $ a été abrogée à compter de l'année d'imposition 1997.

À partir de 1998, la dépense encourue afin de suivre un cours de formation professionnelle pour lequel est reçue une allocation prévue par la Loi nationale sur la formation a été abolie, de sorte que les frais engagés afin de poursuivre des études sont devenues non admissibles à la déduction. Cette situation a finalement été corrigée par le budget 2000, de façon à permettre la déduction des frais dans la mesure où ils sont engagés pour poursuivre des études dans un établissement agréé ou une école secondaire.

3.3.2 Champ d'application

Les dépenses personnelles encourues afin de gagner un revenu ne sont généralement pas déductibles dans le calcul du revenu. De telles dépenses qui sont davantage associées au mode de vie que le contribuable désire se donner relèvent d'un choix personnel que l'ensemble de la société n'a pas à assumer. Ce principe est appliqué, peu importe le type de revenu en cause. Par ailleurs, à l'égard des dépenses encourues spécifiquement afin de gagner un revenu dans le domaine de l'entreprise et qui débordent du cadre purement personnel, par exemple les frais de représentation, la loi adopte une philosophie bien différente et permet la déduction, en totalité ou en partie, de toute dépense qui a été encourue afin de gagner ce revenu d'entreprise ou un revenu de bien. Le revenu d'emploi ne bénéficie pas d'une telle ouverture, et les dépenses permises en déduction sont celles expressément prévues par la loi.

Après avoir reconnu que les dépenses, même d'ordre personnel, engagées par les personnes ayant des incapacités sont essentielles afin de tirer un revenu ou de poursuivre des études qui les mèneront vers l'emploi, le législateur a ouvert la porte en permettant la déduction des montants versés à une personne pour les soins qu'elle lui fournit afin d'exercer une activité admissible. Cette dépense ne vise pas l'acquisition

d’un bien matériel lui permettant d’exercer l’activité, puisque ces biens sont davantage visés par le crédit pour frais médicaux ; elle n’est applicable que pour le traitement versé au préposé.

Cette disposition est réellement une mesure incitative à l’emploi, puisque la dépense ne pourra donner lieu à la déduction que si elle a permis au contribuable, bénéficiaire du crédit d’impôt pour déficience mentale ou physique grave et prolongée, d’exercer certaines activités génératrices de revenu ou de poursuivre des études qui lui permettront éventuellement de générer certains revenus.

Bien qu’il soit fréquent que cette aide soit fournie par une personne apparentée, les paiements effectués au conjoint ne donneront pas lieu à la déduction, de même que ceux effectués à une personne âgée de moins de 18 ans. Cette restriction vise-t-elle à éviter les cas de fraude ? Cette méfiance marque un contraste frappant avec des organismes tels la SAAQ ou la CSST qui reconnaissent l’aide apportée par les conjoints et acceptent que ces derniers bénéficient de la même rémunération pour les services rendus au prestataire que celle qui aurait été reçue par un tiers pour un travail semblable.

Cette déduction n’est pas transférable et ne peut être utilisée que par le bénéficiaire du crédit pour déficience mentale ou physique visé à l’article 118.3.

La dépense sera refusée dans la mesure où elle est remboursée au contribuable ou à l’égard de laquelle une aide lui a été consentie. Ainsi, le bénéficiaire de la SAAQ ou de la CSST qui profite directement ou indirectement d’une somme visant un tel paiement ne peut prétendre à la déduction.

Le bénéficiaire aura parfois des choix complexes à effectuer, puisque la dépense encourue pourrait, selon les circonstances, tout aussi bien être utilisée pour les fins du calcul du crédit pour frais médicaux. La décision relèvera de la mathématique pure, tel qu’il sera démontré dans la prochaine section.

Le législateur n'indique pas ce qu'il entend par l'expression « pour lui permettre d'exercer » les activités énumérées. Il semble toutefois que l'ADRC interprète cette expression de façon plutôt restrictive, dans le Bulletin d'interprétation IT-519R2 :

> Les « soins de préposé » sont les soins personnels nécessaires pour permettre à la personne handicapée d'accomplir l'une des activités décrites au point 69b) ci-dessous. Les « soins personnels » donnés doivent être plus étendus que le seul fait d'offrir le transport au travail, par exemple.

Nulle part dans les documents émis par les autorités fiscales ne retrouve-t-on d'indications ou d'exemples permettant d'identifier des dépenses admissibles. Toutefois, puisque les principes d'interprétation veulent que la « primauté devrait donc être accordée à la recherche de la finalité de la loi » *(Corporation Notre-Dame de Bon-Secours c. Communauté Urbaine de Québec*, précitée), nous sommes d'opinion que les tribunaux devraient permettre la déduction de toute somme payée à une personne visée par la loi, dans la mesure où cette somme a permis d'exercer une fonction admissible. Le requérant n'a pas à démontrer que, sans cette dépense, l'activité n'aurait pu être exercée. Par exemple, le transport en taxi au lieu d'emploi devrait être admissible même si le transport par autobus était disponible, dans la mesure où le transport par taxi lui a facilité la vie, compte tenu de l'incapacité.

Il nous semble que l'incertitude que laisse planer l'absence de critères dans la documentation gouvernementale est une cause d'injustice flagrante et que tôt ou tard, un contribuable devra utiliser la voie judiciaire afin d'obtenir des balises à cet égard.

Par ailleurs, la loi précise que le versement doit être « établi par la présentation au ministre d'un ou de plusieurs reçus délivrés par le bénéficiaire du versement ». Or, sur les formulaires qui doivent être utilisés à cette fin (T929 [fédéral] et TP-358.0.1 [Québec]), on précise que les reçus et formulaires doivent être conservés par le contribuable. Ainsi, la politique des autorités fiscales déroge au texte de loi. Comment le contribuable peut-il s'y retrouver ?

3.3.3 Calcul de la déduction

La déduction de la dépense encourue est plafonnée aux 2/3 du « revenu gagné » par le contribuable pour l'année, lorsqu'il s'agit d'un revenu tiré d'une charge ou d'un emploi, de bourses d'études ou de subventions de recherche ou encore d'une entreprise. Aucun autre plafond ne limite le montant de la déduction hormis, bien entendu, le montant de la dépense.

Si le contribuable fréquente plutôt un établissement d'enseignement, la déduction est alors limitée au moins élevé de 15 000 $ ou 375 $ par semaine de fréquentation d'un établissement d'enseignement ou par le montant de son « revenu gagné » tel que déterminé plus haut.

La dépense ne doit pas avoir été réclamée dans le calcul du crédit d'impôt pour frais médicaux. Le contribuable doit donc opter entre la déduction de l'article 64 et certaines dépenses admissibles au crédit pour frais médicaux prévu à l'article 118.2 et sa contrepartie québécoise, bien qu'il puisse cependant cumuler la déduction de l'article 64 et le crédit d'impôt pour déficience mentale ou physique de l'article 118.3.

Ainsi, lorsqu'il s'agit de choisir entre cette déduction de l'article 64 et le crédit pour frais médicaux à l'égard de la même dépense, le contribuable ne pourra appliquer qu'une seule des deux dispositions. Au niveau fédéral, dans la mesure où le revenu du contribuable se situe dans la première tranche des taux d'imposition, le montant du bénéfice fiscal calculé en vertu de l'article 64 sera le même que celui du crédit déterminé en vertu de l'article 118.2, soit 16 %. Toutefois, puisque le crédit pour frais médicaux prévoit un seuil de dépenses non admissibles, il est évident que si le contribuable n'a pas d'autres dépenses à ce chapitre, la déduction de l'article 64 sera plus avantageuse que le crédit pour frais médicaux. Au Québec, cette remarque est *a fortiori* applicable, puisque le revenu des deux conjoints doit être pris en compte dans le calcul du seuil de dépenses non admissibles, qui n'est par ailleurs assujetti à aucun plancher.

Prenons l'exemple d'un contribuable dont le revenu d'emploi est de 20 000 $ et qui engage des dépenses de 2 000 $ au titre de préposé aux soins. Si ces dépenses se qualifient tant pour la déduction de l'article 64 que pour le crédit pour frais médicaux et, qu'au surplus, d'autres dépenses au titre de frais médicaux sont engagées pour un montant de 300 $, il sera plus avantageux d'utiliser la déduction de l'article 64 à l'égard des frais de préposé aux soins que le crédit pour frais médicaux. En effet, la déduction de 2 000 $ en vertu de l'article 64, à un taux d'imposition de 16 %, équivaut à une réduction d'impôt de 320 $ alors que le crédit pour frais médicaux de l'article 118.2 occasionne une réduction d'impôt déterminée selon la formule suivante : 16 % (2 300 $ - 3 % de 20 000 $) – 0, soit 272 $.

L'utilisation du crédit pour frais médicaux s'avérera toutefois une alternative plus avantageuse si la personne est admissible au supplément remboursable pour frais médicaux puisque ce supplément, qui ne s'applique que si un crédit pour frais médicaux a été octroyé, s'ajoute à ce crédit. De même, dans le cas où le revenu du contribuable est relativement faible, la possibilité de transférer le crédit pour frais médicaux à un tiers admissible rend le crédit pour frais médicaux plus avantageux que la déduction.

3.3.4 Caractéristiques

Le cumul de cette déduction et du crédit pour déficience mentale ou physique n'est pas interdit sauf que la somme déduite en vertu de l'article 64 limite la nouvelle portion du crédit supplémentaire ajouté à la loi à l'égard de l'année 2001 (voir à cet effet le calcul qui se trouve à la section qui traite de l'article 118.3).

Par ailleurs, la juxtaposition des articles 64, 118.2 et 118.3 crée un formidable casse-tête que même les autorités fiscales n'avaient pas prévu. En effet, la dépense au titre de préposé aux soins encourue par un contribuable l'obligera parfois à choisir entre la déduction permise par l'article 64 et le crédit pour frais médicaux. Or, dans les trois situations suivantes donnant ouverture au crédit pour frais médicaux de l'article 118.2, soit les alinéas 118.2(2)b.1), b.2) et c), on y vise un paiement de rémunération pour les soins prodigués à la personne ayant une incapacité. Le contribuable devra alors choisir

entre la déduction et le crédit. Ce choix aura un impact majeur sur l'admissibilité au crédit pour déficience mentale ou physique de l'article 118.3, puisque ce dernier crédit ne peut être juxtaposé au crédit pour frais médicaux à l'égard de certaines dépenses encourues à titre de rémunération versée à un préposé aux soins ou à titre de frais de séjour, sauf à l'égard de la dépense prévue à l'alinéa 118.2(2)b.1). Ainsi, lorsqu'un contribuable visé par l'alinéa 118.2(2)b.2) (rémunération payée alors que la personne habite dans un foyer de groupe) ou par l'alinéa c) (rémunération payée alors que la personne habite dans un établissement domestique autonome) choisit de réclamer le crédit pour frais médicaux au titre de cette dépense plutôt que la déduction de l'article 64, il sera pénalisé puisque les crédits des alinéas 118.2(2)b.2) et c) ne peuvent être jumelés au crédit de l'article 118.3. S'il avait plutôt opté pour la déduction de l'article 64, il aurait pu également bénéficier du crédit de l'article 118.3. Cette difficulté ne se pose pas lorsque la dépense en est une visée à l'alinéa 118.2(2)b.1) puisque, dans cette situation, le cumul avec le crédit de l'article 118.3 est permis.

Ce résultat n'est certes pas conforme au souhait du législateur, puisque les situations visées par ces trois dispositions, les alinéas 118.2(2)b.1), b.2) et c), s'appliquent lorsqu'une rémunération est versée pour le soin de la personne ayant une incapacité.

3.3.5 Coûts et statistiques

Aucune statistique n'est disponible quant à ce poste de dépense. Toutefois, lors de son introduction, le ministère fédéral des Finances avait prédit un coût annuel d'environ 5 millions de dollars. Pour ce qui est du Québec, aucune donnée financière n'est disponible.

3.4 Le crédit d'impôt pour le maintien à domicile

3.4.1 Historique

Le crédit d'impôt pour le maintien à domicile des personnes âgées est un programme québécois qui a vu le jour le 1er janvier 2000 (articles 1029.8.61.1-1029.8.61.7 L.I.). Compte tenu des coûts importants engendrés pour l'État lors de la prise en charge de

l'hébergement des personnes âgées, l'objectif principal de ce crédit d'impôt est d'inciter les personnes âgées de 70 ans et plus, au moyen d'une aide financière, à demeurer le plus longtemps possible dans leur milieu de vie habituel, soit leur maison ou leur appartement ou dans tout autre type d'habitation visé par la loi.

3.4.2 Champ d'application

Les bénéficiaires de ce crédit doivent résider au Québec et avoir atteint l'âge de 70 ans à la fin de l'année.

Aux fins de ce crédit, une habitation désigne l'endroit dans lequel une personne mange et dort de façon générale. On y vise même une maison de chambres ou un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHLSD) privé autofinancé alors que, et on le comprendra, une chambre dans un établissement public ou privé conventionné (financé par des fonds publics) est exclue.

Deux types de services donnent ouverture au crédit d'impôt sur le maintien à domicile des personnes âgées : il s'agit des services d'aide à la personne et des services d'entretien ou d'approvisionnement. La première catégorie (service d'aide à la personne) vise les services liés aux activités quotidiennes rendus par des non-professionnels (habillage, hygiène, alimentation, déplacements à l'intérieur de l'habitation), les services de préparation des repas (excluant le coût de la nourriture), les services de surveillance non spécialisés, et enfin, les services de soutien civique (accompagnement lors de sorties, aide pour remplir un formulaire, gestion de budget).

La deuxième catégorie (services d'entretien et d'approvisionnement) comprend tous les services nécessaires à l'accomplissement de tâches domestiques tels l'entretien des vêtements, la tonte et l'entretien de la pelouse, le déneigement. Pour que ces services liés aux tâches domestiques soient admissibles, ceux-ci devront concerner une « habitation » dont la personne âgée est propriétaire, locataire ou sous-locataire. Cette définition englobe les résidences pour personnes âgées, les hôtels et les maisons de

chambres. Elle exclut cependant les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les centres de réadaptation et les centres d'accueil.

Ces services ne peuvent toutefois être fournis ni par un conjoint et ni par une personne à charge du bénéficiaire (« service admissible » à l'article 1029.8.61.1 L.I.). Par ailleurs, certaines dépenses, notamment celles liées à des travaux de construction et de réparation, ne constituent pas des services admissibles. De même, un service conféré par un membre d'un ordre professionnel visé par le Code des professions ne pourra constituer, au sens de loi, un service admissible. Ainsi, la présence d'une infirmière dans une résidence pour personnes âgées ne pourra pas faire l'objet d'un crédit d'impôt pour le maintien à domicile. Enfin, une dépense pourrait se qualifier autant au crédit d'impôt pour le maintien à domicile d'une personne âgée que pour le crédit d'impôt pour frais médicaux ; dans ce cas, le crédit pour frais médicaux ne sera pas disponible à l'égard de ladite dépense.

Les dépenses effectuées doivent être nécessairement payées par l'intermédiaire d'un mécanisme de paiement géré par les Services de paie Desjardins, appelé communément *chèque emploi-service*. Jusqu'à récemment, cet organisme prélevait 2 $ à titre de frais lors de chaque utilisation du service. Ces frais ont depuis été abolis.

3.4.3 Calcul du crédit

Le crédit d'impôt est fixé à 23 % des « dépenses admissibles », lesquelles sont plafonnées à 12 000 $. Le remboursement maximal annuel peut ainsi atteindre 2 760 $, soit 23 % de 12 000 $. Dans la situation d'un couple, chacun des conjoints peut le réclamer de sorte que le bénéfice global peut ainsi être doublé. Fait important à noter : il est attribué sans égard au revenu du bénéficiaire. Bien que le bénéficiaire du crédit doive remplir une déclaration de revenus, le crédit est accordé tout au long de l'année où il est demandé et non seulement lors de la production de la déclaration.

3.4.4 Coûts et statistiques

En 2001, le nombre de personnes âgées de 70 ans ou plus était de 670 000 au Québec. En 2003, ce nombre atteindra près d'un million et demi.

D'après les données recueillies auprès du ministère des Finances, le crédit d'impôt aurait fait l'objet de dépenses fiscales de l'ordre de 3 millions de dollars en l'an 2000 et de 24 millions de dollars en 2001. On prévoit également que le coût du programme sera de 41 millions de dollars en 2002 et de 67 millions de dollars en 2003.

CHAPITRE 4 – L’interaction entre les divers régimes d’indemnisation

La question de l'interaction entre les divers régimes d'indemnisation dépasse l'étude des mesures de compensation offertes aux personnes handicapées et se pose pour toutes les victimes de préjudices corporels. Elle est rarement examinée de façon globale dans la littérature québécoise. Pourtant, la possibilité de cumuler certaines mesures d'indemnisation peut fausser la portée de chacun des régimes pris isolément et entraîner des situations discutables du point de vue de l’équité.

Au Québec, le nombre de systèmes de compensation ainsi que leurs fondements variés, qui ont été examinés dans les chapitres 1, 2 et 3 de cette première partie, rendent nécessaire une telle réflexion d'ensemble. On comprendra aisément que le législateur empêche le cumul des prestations en vertu d’un même régime d’indemnisation : lors de la rédaction de la loi qui met en place le régime, il est facile de détecter ces possibilités de cumul et d’y remédier. À titre d’exemple, l’article 26 de la Loi sur le soutien du revenu et favorisant l’emploi et la solidarité sociale, prévoit qu’une « personne ne peut se prévaloir simultanément d’une allocation pour contraintes sévères à l’emploi [art. 25] et d’une allocation pour contraintes temporaires à l’emploi [art. 24] ». La Loi sur l’assurance automobile édicte une série de dispositions dans le même sens. La situation est beaucoup plus difficile lorsque deux lois différentes sont en cause : la main droite du législateur ne sait pas toujours ce que fait la main gauche, sans oublier le problème découlant du dédoublement de nos paliers de gouvernement (fédéral et provincial). Dans ces hypothèses, le bénéficiaire de plusieurs régimes d’indemnisation est susceptible d’en tirer des bénéfices dont l’addition n’avait pas été nécessairement prévue par le législateur.

Le présent chapitre permettra de répondre aux questions suivantes :

- Dans quelle mesure une personne handicapée peut-elle cumuler des indemnités ou des services lorsque deux régimes d’indemnisation sont applicables à sa situation ?

- En présence de plusieurs systèmes collectifs de compensation et de la décision de ne pas permettre le cumul des indemnités, quel système doit tirer profit de la présence de l'autre en étant libéré de son obligation d'indemniser le bénéficiaire ?

À première vue, les solutions retenues apparaissent fort disparates et sans aucune logique d'ensemble. Pourtant, si l'on retourne aux fondements des divers systèmes de compensation en place au Québec, on peut en tirer des lignes de convergence et des points communs. La complexité du régime fiscal milite à elle seule en faveur d'une analyse séparée (section 2) par rapport aux régimes d'indemnisation proprement dits (section 1).

La connaissance des solutions retenues par le législateur sera également utile dans la seconde partie de ce rapport, lorsque viendra le temps de proposer des solutions visant à créer un système de compensation plus équitable pour les personnes handicapées.

1. Les situations de cumul entre les régimes d’indemnisation

Afin de faire ressortir les grands principes applicables en matière de cumul, nous procéderons non pas par une étude linéaire de chacun des régimes mais plutôt en les regroupant par concept. Nous accompagnerons notre analyse d’exemples concrets, afin de faciliter la compréhension.

3.1 L'interaction entre deux régimes fondés sur les principes de la responsabilité civile (reliés à la cause)

Lorsqu'une personne est blessée dans un accident et que plus d'un régime d'indemnisation est applicable en vertu des règles de la responsabilité civile, la règle retenue est celle du non-cumul. Autrement dit, les divers régimes de compensation fonctionnent alors en *complémentarité* et non en *concurrence*, puisque l'objectif de la responsabilité civile est de replacer la victime dans la situation où elle se trouvait avant l'accident et non de l'enrichir.

Ainsi, la victime d'un acte criminel peut obtenir de la CSST certaines indemnités visant à compenser le préjudice subi. Dans l'hypothèse où elle peut identifier le criminel responsable de son préjudice et que celui-ci est solvable, elle pourra le poursuivre devant les tribunaux civils mais ne pourra lui réclamer que « les montants requis pour équivaloir, avec l'indemnité [versée par la CSST], à la perte réellement subie » (art. 10 de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels). Il en va de même dans les hypothèses (rarissimes) où la victime d'un accident du travail peut exercer un recours civil contre le responsable de son accident : l'article 445 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles prévoit alors que la victime « a droit de recouvrer de la personne responsable l'*excédent* de la perte subie sur la prestation » versée par la CSST (rappelons que l'employeur du travailleur blessé et son co-employé sont protégés par une immunité totale de poursuite).

La règle du non-cumul est également applicable lorsque deux régimes *étatiques* d'indemnisation couvrent un même fait accidentel, à la différence toutefois que ces régimes n'opèrent plus en complémentarité mais en *exclusivité*. Le cas le plus fréquent est celui où une personne est victime d'un accident d'automobile alors qu'elle est à son travail (livreur, chauffeur de taxi ou camionneur salarié, etc.). L'article 83.63 de la Loi sur l'assurance automobile prévoit alors que la victime doit obligatoirement s'adresser à la CSST et que le régime des accidents du travail prendra seul en charge son indemnisation. On a ici voulu éviter qu'un employeur, dont les cotisations à la CSST sont établies en fonction du nombre d'accidents du travail subis par ses employés, puisse bénéficier du régime d'indemnisation des accidents d'automobile, alors que son entreprise tire profit de l'utilisation de véhicules automobiles. La situation contraire (appliquée dans certains États américains) conduirait à faire assumer par l'ensemble des automobilistes le risque créé par l'exploitation d'une entreprise utilisant le système routier québécois.

Plutôt que d'imposer l'application d'un régime en particulier, le législateur laisse parfois à la victime la possibilité de choisir entre divers systèmes d'indemnisation, mais toujours sans la possibilité de cumuler leurs bénéfices. Ainsi, la victime d'un acte criminel ou la personne blessée en accomplissant un acte de civisme, alors qu'une automobile est impliquée dans l'accident, peut réclamer une prestation à la CSST (qui gère les programmes d'indemnisation des victimes d'actes criminels et de civisme) ou à la SAAQ (art. 83.64 de la Loi sur l'assurance automobile). En pratique, le choix offert à la victime est davantage un leurre qu'une réelle option, les indemnités versées par la SAAQ étant largement supérieures à celles prévues par les deux autres régimes.

Les hypothèses que nous avons examinées jusqu'à maintenant supposent l'application de deux régimes d'indemnisation à un seul et même fait accidentel. La réalité est parfois beaucoup plus complexe : que faire lorsqu'une personne est victime d'un accident d'automobile six mois après avoir subi un accident du travail, alors qu'elle n'était pas encore rétablie des séquelles de son premier accident ? Qu'arrive-t-il à la victime d'un grave accident d'automobile qui est blessée quelques mois plus tard par un criminel ? Encore ici, la règle appliquée est celle du non-cumul et la victime ne pourra

donc réclamer, à titre d'exemple, deux indemnités de remplacement du revenu. De plus, les articles 83.66 de la Loi sur l'assurance automobile et 449 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles obligent la SAAQ et la CSST à conclure une entente pour établir un mode de traitement de ces réclamations, cette entente visant entre autres à fixer « le montant des prestations, avantages ou indemnités payables en vertu de chacune des lois applicables ».

3.2 L'interaction entre le régime de droit commun de la responsabilité civile et les régimes de compensation sans égard à la cause

Au contraire de la situation examinée dans la sous-section précédente, un seul régime de responsabilité civile est ici applicable, mais il entre en concurrence avec un régime de sécurité sociale. Par exemple, la victime d'un accident de ski réussit à engager la responsabilité civile de l'exploitant du centre, tout en devenant admissible à la rente d'invalidité prévue par la Loi sur le régime de rentes du Québec. Le fondement de chacun de ces régimes étant distinct (le premier nécessite l'identification d'un responsable ayant causé un préjudice, le second étant applicable sans égard à la cause des blessures ou de la maladie), leur application sera-t-elle cumulative ou mutuellement exclusive ? Le Code civil du Québec règle la question à l'article 1608 :

> L'obligation du débiteur [le responsable de l'accident] de payer des dommages-intérêts au créancier [la victime] n'est ni atténuée ni modifiée par le fait que le créancier reçoive une prestation d'un tiers, par suite du préjudice qu'il a subi, sauf dans la mesure où le tiers est subrogé aux droits du créancier.

La règle adoptée consiste donc à permettre *en principe* le cumul entre les prestations, sauf lorsque le tiers-payeur dispose d'un recours subrogatoire contre le responsable. Laissant pour l'instant de côté cette hypothèse de subrogation, essayons d'expliquer le pourquoi de la règle. En fait, l'objectif principal poursuivi par le législateur n'est pas tant d'avantager la victime mais plutôt de *ne pas avantager* le responsable de son préjudice. Si l'on permettait à ce responsable de réduire le montant de sa condamnation en plaidant que la victime a touché, à titre d'exemple, une rente d'invalidité, celui-ci

bénéficierait des sommes que la victime consacrait depuis des années au financement de ce régime. Entre la possibilité de surindemniser la victime et celle qui entraînerait une réduction des obligations du responsable de son préjudice, le législateur a choisi la première voie.

C'est ainsi que la victime d'un préjudice corporel pourra cumuler les dommages-intérêts payés par le responsable et les sommes reçues de la Régie des rentes du Québec (rente d'invalidité ou rente d'enfant handicapé), de la Commission de l'assurance-emploi (prestations versées à la suite de l'incapacité à occuper son emploi), d'une assurance portant sur l'invalidité (individuelle ou collective), pour ne retenir que les exemples les plus fréquents. Toutefois, cette possibilité de cumuler les indemnités cessera lorsqu'un droit de *subrogation* existe en faveur du tiers-payeur.

La subrogation est une institution du droit civil en vertu de laquelle la personne qui paie une somme à la place d'une autre peut lui en réclamer le remboursement. Ainsi, lorsque la Régie de l'assurance maladie du Québec (le tiers-payeur) acquitte les honoraires du médecin appelé à soigner la personne blessée par la faute d'une autre personne, elle est autorisée à réclamer de cette autre personne (le responsable) les sommes ainsi déboursées (art. 18 de la Loi sur l'assurance maladie). Le responsable du préjudice est alors appelé à assumer toutes les conséquences du préjudice causé, mais vis-à-vis deux personnes différentes : à la victime, pour les frais médicaux et paramédicaux non assumés par la RAMQ, et à cette dernière, pour le coût des services assurés. Dans ce contexte, il ne saurait être question de permettre à la victime de cumuler les sources d'indemnisation (par exemple, en lui donnant le droit de réclamer du défendeur le coût des soins médicaux assumés par la RAMQ). L'existence d'un recours subrogatoire permet donc de s'assurer que le responsable ne puisse tirer un avantage de la présence d'un régime d'indemnisation sans égard à la cause de l'invalidité, tout en évitant une surindemnisation pour la victime.

Le législateur a reconnu l'existence d'un recours subrogatoire dans plusieurs hypothèses :

- au profit de la CSST, à l'encontre de l'auteur d'un acte criminel (art. 9 de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels) ou du responsable d'un accident du travail qui n'est pas un employeur cotisant ou un coemployé du travailleur blessé (art. 446 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles) ;

- au profit de la SAAQ, à l'encontre du non-résident responsable d'un accident d'automobile subi au Québec (art. 83.61 de la Loi sur l'assurance automobile) ou hors du Québec (art. 83.60) ;

- au profit des compagnies d'assurance de *dommages* (art. 2474 du Code civil du Québec), qui peuvent poursuivre, à titre d'exemple, le responsable de l'incendie d'un immeuble assuré. On notera que ce recours subrogatoire n'existe pas en faveur des compagnies d'assurance de *personnes*. Ainsi, l'assureur tenu de verser une prestation de décès (assurance sur la vie) ou salariale (assurance portant sur l'invalidité) ne dispose d'aucune subrogation légale lui permettant de poursuivre le responsable du décès ou de l'invalidité de son assuré.

On peut expliquer l'existence de ces divers recours subrogatoires par le fait qu'un responsable est souvent à l'origine de la réclamation faite par la victime. Par extension, le législateur a accordé un recours subrogatoire à la Régie de l'assurance maladie du Québec.

L'existence d'un recours subrogatoire, théoriquement souhaitable, se révèle en pratique d'application difficile, en raison du lourd fardeau administratif qu'exige le suivi de chaque dossier individuel et des aléas liés à l'exercice d'un tel recours, notamment en raison de la faible solvabilité du responsable du préjudice. En pratique, seul le recours dévolu à la Régie de l'assurance maladie fonctionne avec un certain niveau de succès au Québec. Cela découle de l'obligation imposée aux assureurs de responsabilité de dénoncer à la RAMQ toute demande de couverture qui leur est faite par un de leurs assurés (art. 18, par. 2.1 de la Loi sur l'assurance maladie). Ainsi avertie sans avoir besoin de faire enquête et face à un responsable solvable puisque assuré, la RAMQ

peut récupérer annuellement quelques millions de dollars. Elle n'exerce jamais son recours subrogatoire contre un responsable non assuré.

Les difficultés liées à l'exercice d'un recours subrogatoire expliquent l'utilisation limitée de cette institution ainsi que les tentatives d'y substituer un mécanisme plus efficace. À cet égard, la législation relative à l'aide sociale prévoit un régime particulier : même si le ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille ne dispose d'aucun recours subrogatoire lorsqu'un bénéficiaire est victime d'un préjudice corporel, ce dernier doit *rembourser* au ministre les sommes versées à titre d'aide financière de dernier recours, jusqu'à concurrence de l'indemnité reçue du responsable de son préjudice (art. 102 de la Loi sur le soutien du revenu et favorisant l'emploi et la sécurité sociale). Une exception est faite pour la portion représentant les pertes non pécuniaires qui ont fait l'objet d'une indemnisation (souffrances, douleurs, perte de jouissance de la vie), en vertu de l'article 106 de la même loi. On notera qu'une règle identique est appliquée lorsque le bénéficiaire de l'aide sociale reçoit une indemnité de la CSST ou de la SAAQ, par exemple à la suite d'un accident d'automobile.

3.3 L'interaction entre les régimes étatiques d'indemnisation reliés à la cause et les régimes de compensation sans égard à la cause

La situation en l'espèce est au départ identique à celle examinée dans la sous-section précédente : un régime de sécurité sociale (sans égard à la cause de l'invalidité) entre ici en conflit avec un régime étatique d'indemnisation mis en place pour remplacer le système de responsabilité civile et exigeant donc la survenance d'un fait accidentel précis. Par exemple, la personne qui est victime d'un grave accident pendant ses heures de travail a théoriquement droit à deux mesures de compensation pour ses pertes salariales : une indemnité de remplacement du revenu en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et une rente d'invalidité en vertu de la Loi sur le régime de rentes du Québec. Autre exemple : la victime d'un accident d'automobile peut avoir droit, en plus de l'indemnité de remplacement du revenu versée par la SAAQ, à des prestations spéciales d'invalidité en vertu du régime fédéral

d’assurance-emploi. En raison de la collectivisation du risque réalisée dans ce genre d’hypothèses, il n'existe alors *aucune possibilité pour la victime de cumuler les indemnités versées*, peu importe qu'il existe ou non un recours subrogatoire en faveur de l'un des organismes impliqués.

Étant acquis qu'il est impossible de cumuler les avantages entre ces régimes, la question reste de savoir *qui doit payer* et donc d’identifier le régime d’indemnisation qui profitera de la présence de l’autre.

L’analyse de la situation n’est pas simple, car il est impossible de tirer un principe d’application universelle en la matière. On peut illustrer les solutions retenues au Québec en examinant les rapports entre les deux grands régimes d'indemnisation sans égard à la responsabilité (accidents du travail et accidents d'automobile) et les deux grands régimes de sécurité sociale (assurance maladie et régime de rentes).

Du côté de la Régie de l'assurance maladie du Québec, la situation est simple : celle-ci se fait rembourser annuellement tous les coûts engagés pour soigner les victimes de la route ou d'accidents du travail. Pour l'année 2001, la SAAQ a versé 88,7 millions de dollars pour le coût des services de santé relatifs à sa clientèle. Le transfert approche 200 millions de dollars pour la CSST. Il s'agit de l'un des grands avantages méconnus de ces régimes d’indemnisation sans égard à la responsabilité, qui contribuent au financement du régime public d'assurance maladie.

En ce qui concerne la Régie des rentes du Québec, une distinction doit être faite selon le régime d'indemnisation en cause :

- Le travailleur devenu invalide à la suite d’un *accident d’automobile* recevra de la SAAQ une indemnité de remplacement du revenu réduite jusqu’à concurrence du montant de la rente d’invalidité qui aurait été autrement versée par la Régie des rentes (art. 83.68 de la Loi sur l’assurance automobile). Cette mesure, introduite en 1989, n’a toutefois pas d’effet visible pour la victime, qui continue à recevoir sa pleine indemnité de la SAAQ. Simplement, à la suite d’une entente administrative, la

Régie des rentes verse la rente d'invalidité à la SAAQ au lieu de la remettre à la victime. Cette procédure a été retenue afin d'éviter la duplication de payeurs pour la victime et surtout en raison du fait que les indemnités versées par la SAAQ ne sont pas imposables, contrairement aux rentes d'invalidité versées par la Régie des rentes.

- Le travailleur devenu invalide à la suite d'un *accident du travail* ne recevra aucune rente d'invalidité, ni directement, ni indirectement, de la part de la Régie des rentes. En effet, depuis 1986, la CSST demeure le seul organisme responsable de l'indemnisation des travailleurs blessés dans le cadre de leur travail, et c'est alors la Régie des rentes qui bénéficie du régime des accidents du travail en n'étant pas tenue de verser la rente d'invalidité (art. 105.2 de la Loi sur le régime de rentes du Québec). On a ainsi voulu rendre le régime des accidents du travail (et donc les employeurs) responsable de *toutes* les conséquences financières d'un accident, sans que ces employeurs puissent bénéficier de l'existence du régime universel de rentes.

La première solution, où la Régie des rentes demeure obligée de verser la rente d'invalidité, est plus conforme au principe général qui veut qu'entre deux régimes d'indemnisation à cotisation particulière, le régime universel assume le rôle de « premier payeur » face au régime relié à la cause, tel celui des accidents d'automobile. La situation particulière qui existe en matière d'accidents du travail peut s'expliquer par le rapport de force qui a joué entre les syndicats et le patronat, lors de l'adoption de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles en 1985 : on a voulu que le système entièrement financé par les employeurs ne puisse tirer profit d'un système (le régime de rentes) financé à parts égales entre les travailleurs et les employeurs. La solution québécoise est unique au Canada.

Bref, on voit que le régime de sécurité sociale (sans égard à la cause) agit parfois en tant que « premier payeur » (Régie des rentes vs SAAQ), alors qu'il bénéficie dans d'autres hypothèses de la présence du régime d'indemnisation relié à la cause (Régie des rentes vs CSST ; RAMQ vs SAAQ et CSST). Dans la conclusion de ce chapitre,

nous tenterons de découvrir une logique d'ensemble en présence de solutions en apparence aussi disparates.

3.4 L'interaction entre les régimes privés d'assurance portant sur l'invalidité et les régimes publics d'indemni-sation

Dans l'hypothèse où la victime d'un préjudice corporel a eu la prévoyance de souscrire à une assurance portant sur l'invalidité, ne devrait-on pas lui permettre de cumuler sa prestation d'assurance avec les indemnités reçues d'une autre source ? On se retrouve ici devant le dilemme exposé à la sous-section 1.2 : une réponse affirmative amène une surindemnisation pour la victime, qui pourra par exemple cumuler sa prestation en vertu d'une assurance privée et l'indemnité de remplacement du revenu versée par la SAAQ ou la CSST. Une réponse négative semble avantager les assureurs privés, qui tirent profit de l'existence de régimes collectifs d'indemnisation auxquels ils n'ont nullement contribué. D'un autre côté, cela leur permet d'offrir une couverture d'assurance à meilleur coût, ce qui profite en dernier ressort aux cotisants.

On a vu qu'en droit commun de la responsabilité civile, le législateur a choisi la première branche de l'alternative en édictant l'article 1608 du Code civil du Québec, qui admet le cumul. À l'opposé, dans le domaine des assurances privées, les assureurs incluent systématiquement des clauses visant à empêcher leurs assurés de cumuler les prestations. À titre d'exemples, tous les contrats d'assurance portant sur l'invalidité prévoient que la prestation versée par l'assureur sera réduite jusqu'à concurrence des sommes reçues de la SAAQ, de la CSST et de la Régie des rentes du Québec. Les cas de cumuls sont rarissimes et résultent plutôt d'un oubli de la part de l'assureur que d'une volonté de ne pas tirer profit d'un régime public d'indemnisation (par exemple, certains contrats d'assurance omettent de mentionner les prestations versées en vertu du Régime de pensions du Canada, applicable à certains employés fédéraux aux lieu et place de la loi québécoise sur le régime de rentes).

Bref, les assureurs *privés* opérant au Québec tirent profit des régimes collectifs d'indemnisation plus nombreux et généralement plus généreux que dans les autres provinces canadiennes ; il resterait à vérifier si cela se traduit par une diminution corrélative des primes exigées des assurés. On soulignera que les assureurs *publics* ne disposent pas d'une telle marge de manœuvre. Ainsi, l'article 83.58 de la Loi sur l'assurance automobile prévoit explicitement que la SAAQ ne peut porter atteinte au « droit d'une personne de réclamer une indemnité en vertu d'un régime privé d'assurance, sans égard à la responsabilité de quiconque ». Cette solution peut se concevoir dans le cadre d'un régime *obligatoire*, où il apparaît difficile d'empêcher l'assuré de rechercher une protection supplémentaire auprès d'une compagnie d'assurance privée.

2. Les situations de cumul avec le régime fiscal

2.1 L'interaction entre le régime de droit commun de la responsabilité civile et le régime fiscal

La victime d'un préjudice corporel peut-elle recevoir une indemnisation basée sur ses pertes salariales *avant imposition*, tout en bénéficiant de mesures fiscales l'exemptant de toute imposition de la somme reçue ? Autrement dit, une indemnité visant à compenser des pertes salariales peut-elle être calculée sur la base du revenu brut de la victime et ne pas être imposable ? Dans le cadre de ce rapport, il serait trop long d'étudier en détail toutes les incidences fiscales qui résultent de l'octroi d'une indemnité par un tribunal de droit commun. On se contentera de résumer les règles fiscales applicables ainsi que les principes d'évaluation retenus par les tribunaux, en faisant ressortir certains inconvénients du système actuel.

Les règles fiscales sont relativement simples. Nous n'exposerons ici que la situation au niveau fédéral, le ministère québécois du Revenu ayant adopté des mesures identiques à celles de son homologue d'Ottawa :

- une indemnité pour préjudice corporel n'est jamais imposable entre les mains de la victime, même pour la portion qui représente ses pertes salariales (ADRC, *Bulletin d'interprétation IT-365R2*, par. 2) ;

- les revenus tirés de l'investissement de cette indemnité sont au contraire imposables comme tout autre revenu d'intérêt ou de bien, *sauf* pour la victime âgée de 21 ans ou moins (alinéa 81(1)g.1) de la Loi de l'impôt sur le revenu).

Faisant fi de ces règles fiscales et de leurs conséquences pour les victimes de préjudices corporels, les tribunaux de droit commun ont dégagé les techniques d'évaluation suivantes :

- Les pertes salariales de la victime sont évaluées sur la base de son revenu *brut*. De prime abord, il en résulte un avantage pour la victime qui n'a pas à payer d'impôts lors de la réception de l'indemnité. Toutefois, la façon de calculer cette indemnité entraîne un désavantage important pour les victimes gravement blessées, puisque la somme forfaitaire qui leur est accordée est réduite par le tribunal pour tenir compte des revenus d'investissement qu'elle pourra générer (ex. : une perte annuelle évaluée à 20 000 $ pour une période de 30 ans ne donnera pas une indemnité de 600 000 $, mais bien de 370 000 $, afin de prendre en considération les possibilités d'investissement de ce capital). Or, le taux de rendement retenu pour cet investissement est un taux *brut* qui ne tient pas compte des impôts que la victime devra acquitter sur ces revenus. La progressivité des taux d'imposition (les revenus générés par l'investissement d'une somme importante seront imposés au taux le plus élevé) explique le fait que la victime gravement blessée y perdra, au bout du compte.

- En ce qui concerne les pertes de nature non salariale (ex. : les frais de préposé que la victime devra dorénavant engager), la méthode de calcul de l'indemnité est la même que celle exposée ci-dessus (capital amputé pour tenir compte des revenus d'investissement). Toutefois, probablement en raison du caractère beaucoup plus fondamental de ce poste d'évaluation, les tribunaux octroient depuis quelques années une provision pour impôts, afin de pallier le désavantage fiscal exposé ci-dessus. La décision de principe en ce domaine est l'arrêt de la Cour suprême *Watkins c. Olafson*, [1989] 2 R.C.S. 750 (affaire en provenance du Manitoba).

Nous n'irons pas plus loin dans notre analyse de la situation, pour deux raisons. D'une part, on aura compris que les règles actuelles, loin de créer une situation de cumul d'indemnités, se révèlent pénalisantes pour les victimes gravement blessées. D'autre part, d'un point de vue sociologique, l'octroi de sommes forfaitaires par les tribunaux de droit commun a un effet pervers pour ces victimes : comme nous l'avons exposé dans le premier chapitre de cette partie du rapport, 90 % d'entre elles auront de toute façon dilapidé leur indemnité dans les cinq ans de sa réception.

2.2 L'interaction entre les régimes étatiques d'indemnisation et le régime fiscal

L'objectif poursuivi dans cette sous-section n'est pas d'exposer en détail le traitement fiscal appliqué aux sommes d'argent reçues en vertu d'un régime étatique d'indemnisation, mais plutôt d'identifier les hypothèses où la victime d'un préjudice corporel peut jumeler la réception d'une indemnité et une mesure fiscale à son avantage. Deux situations peuvent être envisagées : le traitement fiscal des indemnités proprement dites et la disponibilité d'autres mesures fiscales d'aide aux contribuables moins fortunés.

2.2.1 Le traitement fiscal des indemnités

On a vu, dans la sous-section précédente, que les tribunaux de droit commun évaluaient les pertes salariales de la victime sur la base de son revenu *brut*. Dans le cadre des régimes étatiques d'indemnisation relié à la cause (accidents d'automobile, accidents du travail, actes criminels, etc.), les organismes qui versent des indemnités de remplacement du revenu fondent au contraire leurs calculs sur le revenu *net* de la victime. En contrepartie, le fisc exempte d'imposition de telles indemnités (alinéa 81(1)q) de la Loi de l'impôt sur le revenu). Il n'y a donc ici aucun cumul possible pour la victime qui ne peut, à titre d'exemple, obtenir une indemnité non imposable et correspondant à son revenu brut.

La logique appliquée en l'espèce est parfaite, mais elle laisse toutefois non résolue une question fondamentale : pourquoi permettre à des organismes telles la SAAQ et la CSST d'épargner des dizaines de millions de dollars en versant des indemnités diminuées des impôts autrement payables ? Selon les plus récentes données disponibles, le gouvernement fédéral évalue à 560 millions l'impôt qui serait payable en 2003 si les indemnités payables à la suite d'accidents de travail étaient imposables. Si ces indemnités représentent bien le *remplacement d'un revenu* et que ce revenu aurait été imposable, n'eut été de l'accident, pourquoi le fisc se prive-t-il de telles entrées de fonds ? En fait, la position des autorités fiscales s'inscrit dans la foulée de la non-

imposition des indemnités pour préjudice corporel accordées par les tribunaux de droit commun ; il apparaîtrait inéquitable que la victime d'un préjudice corporel soumise au droit commun reçoive une somme forfaitaire libre d'impôt, alors que celle recevant une rente d'un régime étatique d'indemnisation soit imposée.

On touche ici un point fondamental, sur lequel nous aurons l'occasion de revenir dans la seconde partie de ce rapport : le régime fiscal actuel « finance » une partie des régimes d'indemnisation reliés à la cause en acceptant de ne pas imposer les sommes visant à compenser la perte de revenus de la victime. Il serait en effet concevable que le fisc refuse ce congé fiscal aux victimes de préjudices corporels, ce qui obligerait celui qui doit verser l'indemnité (qu'il soit un assureur privé ou un organisme étatique) à bonifier substantiellement l'indemnité accordée pour tenir compte de son imposition. C'est la solution appliquée, à titre d'exemple, dans le cadre du régime universel d'indemnisation de la Nouvelle-Zélande, solution qui n'a pas encore été envisagée au Canada.

En ce qui concerne les régimes d'indemnisation sans égard à la cause, la question du cumul des indemnités ne se pose pas dans les mêmes termes, puisque les montants versés ne visent pas à compenser un revenu, mais à verser une allocation, généralement uniforme, visant à pallier les coûts supplémentaires encourus en raison de l'existence d'une incapacité. Cela explique également pourquoi le législateur rejette l'idée d'imposer de tels montants, notamment la rente pour enfant handicapé et l'allocation pour contraintes sévères à l'emploi. Seule la rente d'invalidité versée par la Régie des rentes du Québec fait exception à cette règle, puisqu'elle est clairement calculée en fonction du revenu que gagnait la personne devenue invalide.

2.2.2 Le déséquilibre quant à l'accès à d'autres mesures fiscales

Au-delà de la question de la non-imposition des indemnités reçues, on peut se demander si la réception d'une somme en vertu d'un régime étatique d'indemnisation relié à la cause peut avoir une influence sur l'accessibilité à d'autres mesures d'aide aux contribuables les moins fortunés. En ce domaine, la victime d'un accident du travail

est désavantagée par rapport à la victime d'un accident d'automobile. Bien que le travailleur blessé ne soit pas imposé sur l'indemnité reçue de la CSST, il doit inclure à sa déclaration de revenu les prestations reçues à ce titre, étant entendu qu'il a droit à une déduction équivalente dans la détermination de son revenu imposable (alinéas 56(1)v) et 110(1)f)(ii) de la Loi de l'impôt sur le revenu). La victime de la route, quant à elle, n'a pas à procéder de cette façon puisque la Loi de l'impôt sur le revenu ne l'y oblige pas : aucune inclusion, aucune déduction. En conséquence, la somme reçue par cette dernière victime n'est pas prise en compte dans le calcul de son revenu et l'avantagera, par rapport à sa situation antérieure, pour toute une série de prestations et crédits d'impôts dont le mode de calcul est fonction du revenu familial (prestation fiscale pour enfants, crédit d'impôt pour TPS, crédits d'impôts personnels). Cela signifie que, contrairement au travailleur indemnisé par la CSST, la victime d'un accident d'automobile peut avoir droit à des prestations et crédits d'impôts accrus par rapport à sa situation avant l'accident, même si son patrimoine s'est enrichi en cours d'année du total des indemnités reçues de la SAAQ.

À notre avis, l'inclusion de la rente au revenu du bénéficiaire revêt une certaine logique, puisqu'elle constitue un mécanisme de remplacement du revenu qui contribue à l'accroissement du patrimoine de la victime. Or, il est injuste de ne pas tenir compte de cet « enrichissement » dans le calcul des prestations versées à la victime en vertu de programmes sociaux qui visent justement à aider certaines personnes économiquement défavorisées. La combinaison de l'une ou plusieurs de ces prestations et d'une indemnité de remplacement du revenu est susceptible d'entraîner une surindemnisation de la victime.

Cette situation a été bien comprise par le législateur québécois, qui a choisi de se démarquer de son homologue fédéral. La Loi sur les impôts a ainsi été modifiée en 1997 afin d'uniformiser la fiscalité applicable lors de la réception de rentes payées en compensation d'un préjudice corporel (alinéa 311 k.2). Dorénavant, la rente versée par la SAAQ (ainsi que celle reçue en vertu d'un autre régime) doit être incluse au revenu du bénéficiaire. Par ailleurs, afin d'éviter qu'un impôt ne soit payable sur cette somme, une déduction équivalente est prévue dans le calcul du revenu imposable (alinéa 725

b.1). Cette technique inclusion/déduction n'a aucun impact sur l'impôt payable par la victime, mais occasionne une augmentation de son revenu qui reflète mieux son « enrichissement » réel et, du même coup, une réduction de certains bénéfices sociaux. À titre d'exemple, puisque les allocations familiales sont établies en fonction du revenu familial, elles sont modifiées à la baisse par la réception d'une rente en vertu de la Loi sur l'assurance automobile.

Bref, sous le régime fiscal *fédéral* actuel, la victime d'un accident d'automobile peut cumuler une indemnité substantielle de remplacement du revenu et des mesures d'aide qui ont été conçues pour les contribuables disposant d'une source de revenus bien inférieure. Cela peut s'expliquer par le fait que mis à part le Québec, le Manitoba et la Saskatchewan, aucune autre province n'applique un régime universel de compensation des victimes de la route. Le présent avantage fiscal ne profite ainsi qu'au tiers de la population canadienne.

2.3 L'interaction entre les diverses mesures fiscales offertes aux personnes handicapées

Lorsque nous avons analysé les dispositions fiscales visant les incapacités, nous avons choisi de diviser notre étude en deux grandes catégories : les mécanismes fiscaux applicables sans égard à une dépense et ceux applicables eu égard à la dépense effectuée par le contribuable. Nous avons vu que l'aide fiscale offerte aux personnes ayant des incapacités prend la forme tantôt d'un crédit, tantôt d'une déduction. Elle sera parfois rattachée à une dépense spécifique alors que dans d'autres situations, elle sera conditionnelle au statut de la personne à qui les services sont offerts. Il s'agit maintenant d'identifier les situations qui autorisent le cumul.

Parmi les mesures fiscales liées à la dépense encourue, nous avons relevé le crédit pour frais médicaux, le supplément remboursable pour frais médicaux ainsi que la déduction pour préposé aux soins. Les deux premières sont cumulables, puisque le supplément vise justement à octroyer un remboursement spécifique lorsque de tels frais sont engagés notamment par un prestataire de la sécurité du revenu qui entre sur le

marché du travail. La troisième mesure vise le paiement effectué à un préposé aux soins afin de permettre à la personne ayant une incapacité d'occuper un emploi ou de fréquenter un établissement d'enseignement. Une telle dépense peut constituer aussi, selon les circonstances, une dépense de frais médicaux admissible au crédit et le cas échéant, au supplément. Or, sauf lorsque la loi contient une mention expresse comme c'est le cas avec le crédit pour frais médicaux et le supplément, il existe une disposition générale qui prévoit qu'une même dépense ne peut donner lieu à un double bénéfice fiscal (par. 248(8) de la Loi de l'impôt sur le revenu). Pour plus de certitude, le législateur a explicitement prévu l'impossibilité de cumuler cette déduction avec le crédit pour frais médicaux. Comme nous l'avons expliqué dans la section 3.3.3 du chapitre précédent, le contribuable aura parfois des choix complexes à effectuer entre les diverses mesures fiscales qui s'offrent à lui.

L'analyse diffère pour les mécanismes fiscaux octroyés sans égard à la dépense : le crédit pour déficience mentale ou physique, le crédit pour personne à charge et le crédit pour aidant naturel. Le bénéfice fiscal lié à ces mesures est octroyé tantôt à la personne ayant une incapacité, tantôt à la personne qui en prend soin. Dans tous les cas, il ne requiert pas la preuve d'une dépense particulière, puisqu'il agit comme un mécanisme de compensation cherchant à prendre en compte la multitude des frais supplémentaires occasionnés par l'incapacité. Puisque le crédit pour personne à charge et celui pour aidant naturel visent tous les deux à reconnaître les diverses dépenses générales engagées par l'aidant ou la personne qui héberge la personne ayant une incapacité, ils ne peuvent être cumulés. Il en va autrement du crédit consenti pour déficience mentale ou physique, qui pourra être jumelé aux autres mécanismes d'aide offerts sans égard à la dépense. En effet, ce crédit vise davantage à reconnaître les frais supplémentaires que doit assumer la personne ayant une incapacité alors que, tel qu'expliqué, les autres crédits offrent un soutien à d'autres personnes.

L'analyse n'est pas la même lorsque les mécanismes d'aide octroyés eu égard à la dépense sont confrontés à ceux qui n'exigent pas une dépense particulière. *A priori*, les cumuls entre ces deux groupes sont permis, puisque les dispositions applicables visent

des situations différentes. Nous nous contenterons donc d'identifier les cas d'interdiction de cumul.

Le problème le plus complexe se pose lorsque la personne ayant une incapacité engage des frais de nature médicale. Le cumul du crédit et du supplément pour frais médicaux avec le crédit pour déficience mentale ou physique sera interdit lorsque les frais médicaux engagés visent une rémunération versée à un préposé ou des frais de séjour dans une maison de santé ou de repos en raison de l'incapacité de la personne, sauf pour la rémunération pour soins de préposé limitée à 10 000 $ et prévue à l'alinéa 118.2(2)b.1) de la loi. Cette dernière mesure se qualifie au titre de frais médicaux tout en donnant ouverture au crédit pour déficience mentale ou physique. Cette situation risque d'engendrer des problèmes lorsque des frais médicaux importants visant l'hébergement ou l'embauche d'un préposé sont engagés : le contribuable réclamera le crédit pour frais médicaux et devra du même coup renoncer au crédit pour déficience mentale ou physique, alors que plusieurs dépenses découlant de l'incapacité et qui devaient être compensées avec ce dernier crédit ne sont pas visées par le crédit pour frais médicaux. Encore une fois, un calcul mathématique complexe devra être effectué afin de tirer profit de la mesure la plus avantageuse.

Dans un autre ordre d'idées, on rappellera que le crédit pour déficience mentale ou physique contient un nouveau supplément applicable lorsque la personne atteinte d'une incapacité est âgée de moins de 18 ans. Ce supplément sera réduit lorsque des frais de préposé aux soins, des frais de garde d'enfants ou des frais médicaux, excédant 3 663 $ au cours de l'année 2003, ont été réclamés pour les soins et la surveillance de cette personne.

Un point commun lie ces programmes d'aide : dans tous les cas, ils requièrent une forme d'incapacité relativement importante qui nécessite un encadrement particulier sous forme de ressources humaines et/ou matérielles. Cette incapacité se présente sous divers aspects selon qu'on se réfère à une disposition législative ou à une autre. Le point de référence le plus fréquemment utilisé par la loi, en ce qui concerne l'incapacité mentale ou physique, est la définition donnée à cette expression pour les

fins du *crédit d'impôt pour déficience mentale ou physique*. Il s'agit de la seule expression définie dans la loi lorsqu'il est question de l'incapacité. L'admissibilité à ce crédit constitue bien souvent la porte d'entrée aux autres crédits ou déductions. D'autres termes ou expressions visant une certaine forme d'incapacité, ceux-là non définis, continuent malgré tout à être employés par le législateur, tel l'*infirmité mentale ou physique*. Est-ce vraiment le souhait du législateur ou simplement le résultat de modifications législatives à la pièce ? Une autre explication serait que l'usage de termes distincts devrait permettre au contribuable de profiter d'une mesure fiscale, même lorsque le degré d'incapacité est moindre que celui qu'exige la définition du crédit pour déficience mentale ou physique.

3. Conclusion sur les interactions entre les différents régimes applicables aux personnes handicapées

Étant donné le grand nombre de régimes d'indemnisation en vigueur au Québec et la vocation particulière de chacun d'eux, il est difficile de tirer des conclusions trop tranchées en ce qui concerne leurs rapports les uns avec les autres. Néanmoins, on peut observer les tendances générales suivantes :

- Dans une hypothèse d'application de *deux régimes d'indemnisation reliés à la cause* (régime de droit commun de la responsabilité civile, indemnisation des victimes d'actes criminels ou d'accidents du travail, etc.) à une même situation factuelle, la règle est de ne pas permettre le cumul des prestations.

- Dans l'hypothèse où le *régime de droit commun* de la responsabilité civile et un *régime public à contribution particulière* pour la victime (régime de rentes, assurance-emploi) sont en présence, la règle est de permettre le cumul des prestations.

- Dans l'hypothèse où le *régime de droit commun* de la responsabilité civile et un *régime public sans contribution particulière* pour la victime (régime d'assurance maladie) sont en présence, la règle est de ne pas permettre le cumul des prestations au motif qu'un recours subrogatoire est accordé aux gestionnaires du régime universel.

- Dans une hypothèse où un *régime public d'indemnisation relié à la cause* (accidents d'automobile et du travail) et un *régime public à contribution particulière* (régime de rentes, assurance-emploi) sont en présence, la règle est de ne pas permettre le cumul des prestations et d'imposer le paiement aux gestionnaires du régime universel.

- Dans une hypothèse où un *régime public d'indemnisation relié à la cause* et un *régime public sans contribution particulière* pour la victime sont en présence, la règle est de ne pas permettre le cumul des prestations et d'imposer au régime public relié à cause le fardeau de rembourser les sommes investies dans le cadre du fonctionnement du régime universel.

- Les régimes publics à contribution particulière agissent généralement en tant que « premiers payeurs » et ne peuvent tirer profit de l'existence d'un régime d'indemnisation relié à la cause. La situation est exactement l'inverse lorsque le régime public n'est pas financé par les contributions préalables d'une catégorie de citoyens : il peut alors récupérer les sommes dépensées, soit par un mécanisme de recours subrogatoire (RAMQ vs responsable du préjudice), soit par un mécanisme de remboursement (aide sociale vs bénéficiaire d'une indemnité).

- En matière fiscale, la règle de base est à l'effet qu'une même dépense ne peut donner ouverture à une double compensation. Appliqué aux mécanismes fiscaux liés à la dépense, ce principe niera le droit à un autre bénéfice fiscal lié à la dépense, mais permettra néanmoins, à l'occasion, une certaine flexibilité quant à la sélection du programme en vertu duquel la dépense sera réclamée. Malgré cette interdiction de cumul, l'État convient que des disparités majeures quant à l'état de fortune des contribuables, liées à la nécessité d'engager une dépense spécifique, justifient parfois le recours à une forme de compensation supplémentaire au bénéfice du contribuable. Ainsi, le supplément remboursable pour frais médicaux peut être réclamé en sus du crédit de base pour frais médicaux et ce, à l'égard de la même dépense.

- À l'intérieur des mécanismes fiscaux octroyés sans égard à la dépense, puisque chaque mesure fiscale vise généralement une situation spécifique et requiert la présence de conditions particulières, le cumul des mesures de cette catégorie constituera la règle, l'interdiction est alors l'exception.

- Lorsqu'un mécanisme fiscal associé à la dépense contient un élément de complémentarité avec un autre mécanisme non lié à la dépense, en ce qu'ils rejoignent tous les deux des objectifs similaires bien qu'énoncés différemment, le cumul de ces mesures pourra être tantôt interdit, tantôt restreint. Par exemple, une dépense réclamée à titre de crédit pour frais médicaux visant des frais de séjour dans une maison de santé niera totalement le droit au crédit pour déficience mentale ou physique. Par ailleurs, le supplément à titre de crédit pour déficience mentale ou physique d'une personne âgée de moins de 18 ans subira uniquement une diminution, partielle ou totale, lorsque des frais de préposé aux soins de cette personne seront aussi réclamés en déduction, en vertu d'une autre disposition législative.

Cette énumération peut paraître fastidieuse ; elle est pourtant essentielle, car c’est de la compréhension des mécanismes en place et de leurs différentes justifications que nous pourrons tirer des propositions logiques et viables, dans le cadre de la seconde partie de ce rapport.

DEUXIÈME PARTIE – ANALYSE ET RECOMMANDATIONS

Dans la première partie de ce rapport, nous avons présenté un portrait de la situation québécoise en ce qui concerne l'indemnisation des personnes handicapées, en replaçant chacun des régimes étudiés dans son contexte juridique et en insistant sur la logique inhérente aux différentes approches retenues par le législateur. La deuxième partie du rapport est prospective. Elle vise essentiellement à faire un certain nombre de recommandations pour améliorer les mécanismes actuels de compensation dans le but de les rendre plus équitables. Nos recommandations feront écho à des travaux entrepris au Québec sur la question ces dernières années. Ces recherches, rappelons-le, font à leur manière un constat général semblable au nôtre : il existe de très fortes disparités dans le soutien que reçoivent les personnes ayant une incapacité, selon le régime chargé d'assurer la compensation pour leur situation.

Il nous reste maintenant à déterminer ce que l'on doit faire de ces disparités que l'on ne peut pas associer automatiquement à des iniquités. En effet, l'effort pour distinguer ce qui est acceptable en ces matières de ce qui ne l'est pas exige que nous établissions au préalable un certain nombre de principes qui servent de critères à nos évaluations. C'est pourquoi, au chapitre 1, nous expliquons la signification que nous donnons aux deux termes clés de notre rapport : la compensation et l'équité. Un tel travail n'avait encore jamais été fait de manière aussi explicite et, pourtant, c'est bien par là qu'il faut commencer pour ne pas confondre jugement de fait (l'existence d'une disparité) et jugement de valeur (l'existence d'une iniquité). Le chapitre deux est, quant à lui, consacré à la présentation de données statistiques et au rappel de certains travaux antérieurs produits au Québec sur le sujet. Muni d'un certain nombre de définitions et de principes, nous procédons ensuite, au chapitre 3, à l'analyse critique des principales recommandations élaborées ces dernières années pour améliorer le système de compensation. Nous rejetons le modèle dominant dans les discussions actuelles pour une alternative que nous considérons à la fois plus réaliste du point de vue budgétaire mais aussi plus équitable. On retrouvera donc l'essentiel de nos propositions à l'intérieur des chapitres 4 et 5.

CHAPITRE 1 – Les principes de la compensation équitable

4. Remarques préliminaires sur la compensation

4.1 Compensation des coûts supplémentaires et compensation du revenu

La problématique de la compensation équitable englobe deux réalités complémentaires : la compensation pour les coûts supplémentaires et pour le revenu. Les coûts supplémentaires sont constitués par un ensemble de besoins particuliers liés à une situation de handicap : médicaments, soins médicaux, réadaptation physique, fournitures de tous genres, maintien à domicile, transport adapté, adaptation de véhicule, adaptation du domicile, etc. En principe, les personnes n'ayant pas d'incapacité n'ont pas de tels besoins et n'ont donc pas à assumer les frais supplémentaires qui y sont reliés. L'équité exige que l'on détermine, tout d'abord, si ce facteur d'inégalité constitue une forme d'iniquité entre citoyens qui doit être corrigée ou encore réduite.

En plus de leurs besoins spéciaux liés à leur condition physique ou mentale, les personnes ayant une incapacité sont souvent confrontées plus difficilement que la majorité des autres citoyens à la nécessité de gagner leur vie. Certaines de ces personnes ont des limitations qui peuvent diminuer leur capacité productive. Dans les situations les plus graves, pensons notamment aux déficiences intellectuelles sévères, la productivité d'une personne handicapée peut être presque nulle. Pour d'autres personnes avec une incapacité, elle sera simplement moindre que la moyenne des personnes sans incapacité. Cependant, dans un marché de l'emploi concurrentiel, même un faible écart dans la capacité productive individuelle peut avoir des effets considérables sur le niveau de revenus que l'on peut espérer tirer de son travail. Dans cette optique, on comprend que l'accès à un travail adapté à la situation de handicap ou encore la protection du revenu deviennent des éléments essentiels de la compensation équitable. Sans cela, les personnes handicapées deviennent perdantes sur deux

tableaux à la fois : elles doivent assumer les coûts supplémentaires pour leurs besoins spéciaux et elles se retrouvent dans une situation économique généralement plus précaire que les personnes sans incapacité.

Il est à noter qu'en principe, la compensation des coûts supplémentaires et la compensation du revenu sont coextensifs. En effet, la diminution d'un revenu potentiel engendre pour celui qui la subit un coût supplémentaire implicite qui, bien entendu, ne constitue pas en soi un déboursé même si ses implications économiques sont adverses. Devrait-on, pour cette raison choisir de parler davantage de compensation des coûts supplémentaires que de compensation du revenu ? Nous ne croyons pas, puisque la distinction a pour avantage de bien montrer qu'aucune des deux conséquences économiques possibles d'un désavantage lié à une incapacité n'est réductible l'une à l'autre. En effet, on peut très bien imaginer une situation où des besoins spéciaux parfaitement comblés ne réussissent pas encore tout à fait à annuler une partie des pertes du marché du travail. C'est pourquoi nous croyons utile de distinguer les deux formes de compensation tout en gardant clairement à l'esprit qu'elles poursuivent, en définitive, le même objectif mais par des moyens différents.

4.2 Compenser sans responsabilité individuelle ?

L'expression « compensation » peut avoir différents usages, et il est fort possible que certains lecteurs soient étonnés et même choqués par l'utilisation que nous ferons de ce terme dans ce rapport. Dans le langage usuel, mais aussi et surtout dans le langage juridique, « compenser » est généralement entendu au sens de « réparer un tort causé à autrui ». Une demande de compensation, suivant cet esprit, s'adresse au responsable d'un dommage qui doit réparer sa faute auprès d'une victime et, si possible, la replacer dans une situation similaire à celle dans laquelle elle se trouvait avant son accident. Cet usage coutumier ouvre la porte au paradigme, fondamental en droit, de la responsabilité individuelle. Le droit à une compensation exige que l'on démontre préalablement qu'il existe une relation causale entre un préjudice et une faute, découlant d'une action commise par un individu responsable.

Le mandat que nous avons reçu entendait que nous traitions principalement de la compensation d'une toute autre façon. La « compensation équitable » a en définitive assez peu de choses à voir avec le paradigme de la responsabilité individuelle. Tout d'abord, pour la majorité des personnes qui ont une incapacité, le problème de la faute et de la responsabilité individuelle ne se pose tout simplement pas. Les incapacités de naissance ou encore celles qui surviennent à la suite d'une maladie ne peuvent généralement être rattachées à aucune faute particulière. Il n'en demeure pas moins que ces incapacités ont souvent des conséquences très importantes et que la société, dans son ensemble, peut ressentir une forme d'obligation de solidarité à l'égard des personnes ayant une incapacité. Cette solidarité peut entre autres s'exprimer par la mise en place de mécanismes de « compensation » qui ne constituent en rien la reconnaissance d'une responsabilité particulière, que celle-ci soit directe ou indirecte.

Pour caractériser ces deux usages très différents du mot « compensation », on réfère parfois à la dimension individuelle de la responsabilité que l'on opposerait à la dimension collective. La compensation « individualiste » devient alors celle, traditionnelle et bien connue, qui lie une victime à un responsable par une relation de cause à effet. La compensation « collectiviste », qu'il ne faut pas confondre avec la collectivisation de certains risques tels les accidents du travail et les accidents d'automobile, met entre parenthèses la dimension de la faute à l'égard d'autrui et se concentre davantage, pour des raisons d'éthique ou de justice sociale, sur les obligations particulières que se reconnaissent entre eux des citoyens dont certains sont victimes de mauvais coups du sort. Faut-il encore vraiment parler de « compensation » dans de telles situations ? Ne vaudrait-il pas mieux parler de « solidarité » ou de « justice sociale » pour traiter de cette forme particulière de réciprocité ? Nous le croyons.

Bien entendu, le choix des termes ou leur utilisation est rarement neutre ou anodin. En acceptant le mandat qui nous a été confié, les responsables de ce rapport se trouvaient à accepter *de facto* la pertinence de poser le problème de la compensation équitable à travers le principe plus large de la responsabilité collective ou sociale. Nous expliquerons pourquoi dans les sections qui suivent.

5. Remarques préliminaires sur l'équité

5.1 Équité verticale et équité horizontale

L'équité est au cœur de ce rapport : l'équité entre personnes ayant une incapacité, mais aussi l'équité entre ceux-ci et les autres membres de la société. Cette valeur recoupe deux composantes couramment admises dans la littérature spécialisée.

La première, l'équité horizontale, cherche à établir la nature des obligations et des privilèges pour des personnes appartenant à des catégories socio-économiques différentes (célibataire, chef de famille, enfant, personne âgée, personne avec une incapacité, etc.). Le fait que les parents bénéficient, par exemple, d'avantages fiscaux que les adultes sans enfants n'ont pas, relève de l'équité horizontale. Il s'agit de tenir compte d'une situation particulière reconnue socialement et pour laquelle on juge qu'un traitement différencié peut s'appliquer. La réalisation de l'équité horizontale est un objectif très important, notamment dans le cadre de la compensation équitable, car c'est généralement sur cette base que s'appuie l'obligation de réciprocité entre les personnes ayant une incapacité et les autres membres de la collectivité.

L'équité verticale, quant à elle, détermine les obligations et privilèges pour des personnes appartenant à la même catégorie mais qui ont des revenus différents. C'est le cas lorsque l'on décide que les personnes ayant des revenus plus élevés contribuent davantage par leurs impôts au bien commun que celles qui ont un revenu plus faible. Il est, par exemple, conforme à l'équité verticale que les impôts prélevés chez les citoyens plus fortunés soient plus importants que les impôts prélevés chez les plus défavorisés. L'équité verticale se mesure généralement par la notion de progressivité : si une mesure sociale ou fiscale profite davantage aux pauvres qu'aux riches, elle sera considérée comme « progressive ». À l'inverse, une politique qui bénéficierait davantage aux plus riches sera considérée comme « régressive ». Pour toutes ces situations, il est intéressant de noter que ce n'est jamais l'égalité de traitement qui est recherchée mais, au contraire, un traitement différencié afin de tenir compte de situations particulières comme le revenu (équité verticale) ou l'appartenance à des

catégories socio-économiques reconnues (équité horizontale). L'égalité et l'équité ne doivent donc jamais être confondues.

La première difficulté théorique de la problématique de la compensation équitable pour les personnes ayant une incapacité vient entre autres du fait que les deux types d'équité peuvent coexister. Cette situation multiplie, bien entendu, les situations potentielles d'iniquités. Le tableau suivant nous en fournit une illustration schématique :

	Équité verticale	**Iniquité verticale**
Équité horizontale	A	B
Iniquité horizontale	C	D

Ce tableau représente la situation de quatre individus (A, B, C et D) qui occupent quatre positions différentes du point de vue de l'équité sociale. Malgré sa simplicité, il a le grand mérite de nous aider à mieux saisir la première question que pose la compensation équitable : de quelle iniquité veut-on parler au juste ?

L'individu A est le seul à être traité équitablement tant du point de vue horizontal que vertical. B est traité équitablement du point de vue horizontal mais inéquitablement du point de vue vertical. C'est le cas, par exemple, d'une personne ayant une incapacité qui recevrait un niveau de compensation satisfaisant compte tenu de ses besoins reconnus, mais dont on estime que la contribution sociale, considérant ses revenus supérieurs à la moyenne, reste insuffisante. L'individu C est traité avec équité du point de vue vertical, mais pas du point de vue horizontal. À titre d'exemple, on peut supposer que C est une personne ayant une incapacité qui a des obligations fiscales similaires à celles des autres citoyens ayant un revenu semblable, mais qui a droit à très peu de support pour défrayer le coût des besoins spéciaux générés par sa condition. Par extension, c'est aussi le cas d'une personne qui reçoit trop d'avantages (l'iniquité, cela peut aussi être de trop recevoir !). D est perdant sur tous les fronts. Ce

peut être le cas d'une personne ayant une incapacité qui contribue trop à l'effort fiscal et pour laquelle le soutien reste par ailleurs très limité.

L'atteinte simultanée de l'équité horizontale et verticale est difficile à réaliser, en particulier dans des sociétés complexes comme la nôtre où il existe une multitude de programmes fiscaux et de transferts directs qui ont tendance à être mal intégrés entre eux. En théorie, dans le but d'éviter des effets de distorsion, il devrait exister des cloisons étanches entre les programmes qui visent à assurer l'équité horizontale et les programmes qui recherchent l'équité verticale. Mais la réalité est tout autre, et les programmes hybrides qui cherchent à atteindre ou encore qui déterminent les deux objectifs simultanément sont légion.

5.2 Équité horizontale intragroupe et intergroupes

Il est nécessaire de faire deux autres distinctions cruciales pour comprendre les problèmes d'iniquités que peuvent vivre les personnes ayant une incapacité. Celles-ci permettront de donner un écho aux débats les plus récents sur la question. L'équité horizontale commande que nous traitions de manière différente certains groupes de la société afin de tenir compte de leur situation particulière. Il faut cependant déterminer la constitution de ces groupes, leurs frontières respectives et juger du bien-fondé d'une différenciation éventuelle de traitement entre eux. Par exemple, les débats des dernières décennies sur la compensation équitable au Québec ont conduit à poser avec force le problème des disparités et des iniquités possibles entre les personnes ayant une incapacité comparable. Comme on a pu le constater dans la première partie de ce rapport, selon les catégories juridiques auxquelles elles appartiennent, cette clientèle a droit à des indemnités et des prestations substantiellement différentes. Cette multiplication des catégories entraîne autant d'occasions de réfléchir sur le bien-fondé de telles différences de traitement : sont-elles inévitables ? Peuvent-elles être amoindries ou même éliminées ? Constituent-elles toujours et nécessairement des iniquités ? Toutes ces questions relèvent de l'équité horizontale à l'intérieur d'un groupe de référence assez large (ici l'ensemble des personnes ayant une incapacité) qui, pour les fins de la politique sociale, est subdivisé en groupes secondaires. L'équité

horizontale examine si des traitements différenciés se justifient ou non. Nous parlerons dans ces cas « d'équité horizontale intragroupe ». Un groupe donné assez important en nombre comme les personnes ayant une incapacité au Québec, peut très bien être décomposé à l'infini et à partir de multiples bases comme le sexe, l'origine, le revenu, le type d'incapacité, l'importance des inconvénients qui en découlent ou encore le type de couverture pour leurs besoins spéciaux. Les possibilités de disparités et d'iniquités sont alors multipliées. Il est tout à fait possible, par exemple, que pour des raisons historiques ou simplement conjoncturelles, certains types d'incapacités soient aujourd'hui mieux compensées que d'autres par l'État.

Toujours du point de vue de l'équité horizontale, l'autre grande difficulté soulevée par la problématique de la compensation équitable est de déterminer le niveau que devrait atteindre la compensation. Celle-ci constitue, par définition, un transfert entre des personnes ayant peu ou pas d'incapacité vers des personnes, d'un autre groupe, aux prises avec des besoins spéciaux. Nos gouvernements, par l'entremise d'une ponction appropriée auprès de la collectivité, font-ils assez ou encore trop peu pour les personnes ayant une incapacité ? La notion d'équité ici en cause est celle de « l'équité horizontale intergroupes » entre ceux qui ont des incapacités et ceux qui n'en ont pas. Cette question n'est pas simple. On peut bien, à titre d'illustration, faire des comparaisons avec différentes sociétés dans le but de situer notre place relative, mais cela ne constitue pas en soi une réponse satisfaisante. Théoriquement, il faudrait probablement définir un modèle, établi sur la base d'indices synthétiques précis, pour mesurer les progrès de la compensation. De tels instruments appliqués à toute une population n'existent pas à notre connaissance, et nous ne nous prononcerons pas sur la validité des indices actuels qui pourraient éventuellement jouer un tel rôle.

L'équité intergroupes spécifie que des transferts allant des plus aptes au moins aptes devraient se faire, mais elle ne dit pas nécessairement où ils doivent s'arrêter et quand l'équité est rétablie. Idéalement, la recherche de l'équité devrait être poursuivie en recourant à une métrique et à des indices synthétiques permettant de comparer des situations de handicap très différentes, d'établir des priorités et de faire des choix de compensation. En effet, la compensation est une forme de substitution, et nous

devrions pouvoir mesurer des états présents de situation et les comparer avec ceux du passé, pour constater l'état des progrès et le chemin à parcourir pour chaque catégorie. Cela est peut-être en théorie souhaitable, mais les gouvernements n'opèrent pas de cette façon à l'égard de leurs nombreuses clientèles. Les indices de désavantage sont considérés comme trop limités par les spécialistes tout comme par la population ciblée, et les comparaisons qu'ils permettent d'établir peuvent être la source de nombreuses tensions entre des personnes placées en concurrence pour des ressources publiques. Nous reviendrons au chapitre 4 sur ces considérations pour spécifier les limites de nos recommandations.

6. L’enjeu de l’équité sociale

6.1 Compenser ou non ?

L’équité sociale est la valeur cardinale des sociétés tout comme la vérité est la valeur des systèmes de savoir. La recherche de l’équité joue trois rôles fondamentaux pour l’équilibre et l’avancement d’une société moderne (Rawls 1971 et 1993) :

- elle peut permettre à une société pluraliste de résoudre des conflits basés sur des valeurs ou des choix de ses membres parfois incompatibles (ex. : ceux qui croient que l’on fait déjà assez pour les personnes ayant une incapacité et ceux qui croient qu’il faut faire plus) ;

- elle identifie des fins communes pour l’ensemble d’une collectivité (ex. : elle envisage le type d’institutions qui permettent à la compensation équitable de se réaliser de la meilleure façon possible ;

- elle doit faire en sorte que chaque citoyen trouve le moyen de s’identifier aux principales institutions sociales et qu’il participe activement à son développement (ex. : elle permet aux personnes ayant une incapacité de juger qu’elles ont une place dans la société et qu’elles ont raison, à leur tour, de faire les meilleurs efforts possibles en faveur du maintien et du renforcement de la solidarité sociale).

L’équité sociale, comme bien d’autres valeurs morales et politiques d’ailleurs, reste cependant une notion largement sous-déterminée. Afin d’éviter de se retrouver dans une rhétorique qui tourne à vide, elle nécessite donc d’être définie et caractérisée. Différentes conceptions de l’équité sont possibles, et on ne peut jamais être totalement certain de la supériorité d’une conception par rapport à une autre puisqu’il n’existe, en ces matières comme dans beaucoup d’autres, aucun test définitif (Pojman 1995). Malgré tout, il est important de chercher à recourir à des définitions explicites si l’on veut permettre aux débats sociaux d’avancer et, éventuellement, de favoriser l’adoption de solutions pratiques et viables.

La première question qui mérite d’être éclaircie, lorsque l’on traite de compensation équitable envers les personnes ayant une incapacité, est de déterminer au nom de

quels principes le citoyen sans incapacité peut se reconnaître, à travers ses institutions publiques, des obligations à l'égard d'une catégorie particulière de ses concitoyens. Pour le dire autrement, pourquoi ceux et celles qui ont des incapacités auraient-ils un droit particulier à une forme ou l'autre de soutien, d'aide ou encore de support de la part de l'État et pourquoi l'ensemble de la société devrait-elle les financer ? La réponse à ces questions n'a rien d'une évidence en soi. Elle nécessite, au contraire, une forme de justification éthique qui peut faire l'objet de beaucoup de désaccords parmi les membres d'une même société.

Encore de nos jours, certains courants de pensée en philosophie morale et politique refusent catégoriquement l'idée selon laquelle la société pourrait avoir quelque obligation envers les personnes handicapées. Pour des moralistes et philosophes comme Gauthier (1986), Narveson (1983) ou Nozick (1974), l'État et ses institutions n'ont tout simplement pas à « compenser » ou à « indemniser » les personnes malades ou invalides. Leur sort, aussi triste soit-il, devrait être laissé aux mains des initiatives volontaires et privées. Tout ce qu'un État « juste » peut et doit faire en ces matières est de légiférer dans le but de faciliter les poursuites civiles quand un tort est occasionné par un tiers. En aucun moment, il ne devrait prendre sur ses épaules la responsabilité de la réparation d'un préjudice à moins, bien entendu, que l'on puisse prouver sa faute. Aucun régime démocratique ne pouvant se considérer au-dessus des lois, il sera alors possible pour les « victimes » de réclamer une compensation à un juge qui s'acquittera de la tâche de déterminer la valeur de cette réclamation.

Cette conception de la « compensation équitable » ne peut être utilisée que dans les cas où une faute a été commise et où un responsable pour cette faute est identifié. La « justice naturelle » exige alors que la personne trouvée coupable de cette action « compense » la victime de son comportement. Les conséquences de ce point de vue sont non négligeables : dans le cas où la démonstration de la responsabilité est impossible à faire ou encore dans les circonstances où il n'y a tout simplement pas de responsable, l'État et les citoyens qu'il représente n'ont aucune obligation, même morale, envers les victimes des vicissitudes de l'existence. Toujours selon cette conception, le prélèvement d'impôts additionnels chez les citoyens qui n'entretiennent

aucune forme de responsabilité (au sens causal) pour les malchances d'autres citoyens devrait ainsi être considérée comme un affront à la justice, au bon sens et à l'équité. Le pouvoir fiscal que détient l'État sur ses citoyens ne devrait jamais pouvoir être exercé pour forcer une partie de la population à payer pour les malheurs d'une autre partie. Selon ce point de vue, la charité peut bien être souhaitable, elle ne devrait jamais être commandée.

Cette approche « libertarienne » de la justice et de l'équité demeure, heureusement, plus que marginale aujourd'hui. En fait, avec le développement de l'État providence, les gouvernements modernes et une bonne partie des citoyens qu'ils représentent ont refusé d'adhérer à une conception aussi étroite et minimaliste de l'équité sociale. Nous finançons aujourd'hui les services de santé, l'accès à l'éducation, une partie des besoins spéciaux pour les personnes ayant des incapacités, etc. Nous nous éloignons donc grandement d'une position minimaliste comme celle défendue par les libertariens. Cependant, cela ne signifie pas qu'il existe un consensus clair, explicite et définitif sur la question de la compensation équitable. Les citoyens et leurs représentants continuent de défendre, sur ce sujet comme beaucoup d'autres, des points de vue très diversifiés et souvent incompatibles. Dans une société pluraliste et démocratique, cette situation est probablement inévitable. Il ne faut donc jamais prendre une idée, surtout celle de l'équité, comme acquise. Nous sommes constamment obligés de clarifier en vertu de quels principes une obligation morale de la société devrait être reconnue par rapport à une catégorie particulière de citoyens.

6.2 Le partage des coûts liés aux désavantages issus des « mauvais coups du sort »

Si les êtres humains naissaient égaux en fortune, en capacité et en talent, l'exercice spontané de leur liberté ferait en sorte que des inégalités économiques prendraient place malgré tout rapidement entre eux, pour deux raisons différentes. Tout d'abord, certains feraient simplement des choix que d'autres ne font pas, ce qui occasionnerait nécessairement une différenciation progressive de leur situation économique relative. Il y aurait ceux qui aiment prendre des risques et investir et ceux qui sont plus prudents

dans leurs placements. Il y aurait ceux qui cherchent avant tout à pratiquer des activités très lucratives et ceux qui sont portés par d'autres valeurs moins mercantiles. Il y en aurait qui veulent améliorer leur statut dans la société et d'autres, au contraire, qui préféreront toujours vivre en marge.

Les exemples de ce genre abondent, et nos intuitions de base sur la justice sociale et l'équité en particulier nous dictent généralement que les inégalités socio-économiques qui découlent directement de choix conscients et à la portée de tous ne devraient pas être considérées comme problématiques du point de vue de l'équité sociale. En effet, nous croyons généralement que chacun devrait pouvoir maintenir un certain contrôle sur sa vie et être prêt à en assumer les bénéfices et les inconvénients. C'est l'une des conséquences de vivre dans une société où les individus sont libres de leurs actions et de leurs choix : certaines inégalités économiques sont acceptables et, de toute façon, inévitables. La justice, l'équité et les inégalités socio-économiques ne sont donc pas en soi toujours incompatibles (Ackerman 1980 ; Barry 1991 ; Dworkin 2000 ; Larmore 1987 ; Rawls 1971 ; Roemer 1996 ; Sen 2000 et Van Parijs 1995). La conclusion à tirer de cette première démonstration est qu'il ne faut pas confondre disparité et iniquité.

Notre réaction spontanée à l'égard de certaines disparités est toutefois très différente dans le cas des inégalités qui sont strictement issues d'un « mauvais coup du sort ». Certains de nos concitoyens naissent, par exemple, avec une déficience qui diminue grandement la capacité de réaliser la vie qu'ils auraient pu avoir n'eût été de cette situation. D'autres seront frappés par une voiture lors d'un moment de distraction de la part d'un chauffeur ayant pourtant un dossier de conduite exemplaire. Un autre sera la « victime » d'une bactérie virulente qui le laissera infirme pour le reste de son existence. Personne ne peut ignorer les conséquences nuisibles du point de vue de l'égalité des chances de cette « loterie » naturelle qui distribue aussi arbitrairement certains désavantages ou risques par ailleurs inhérents à l'existence humaine.

Les sources d'iniquités ne s'arrêtent pas là puisque ces « mauvais coups du sort », pour reprendre l'expression du philosophe Ronald Dworkin, ont pour corollaire les « bons coups du sort » qui sont d'autres événements pouvant se produire ou nous

affecter sans que nous les ayons mérités. La liste des « bons coups du sort » est assurément aussi longue que celle de leur contrepartie négative : naître dans une famille fortunée, faire un placement qui apportera des dividendes inattendus, avoir quelques amis bien placés, bénéficier à chaque jour de l'attention d'un proche, hériter d'une fortune, etc. Comme dans le cas des mauvais coups du sort, aucune de ces circonstances n'est le fait de notre seule volonté, et elles ne reflètent généralement ni mérite ni responsabilité particulière de notre part (Rakowski 1991).

Que peut-on faire face à autant d'inégalités des chances ? Il est vrai qu'à strictement parler, le fait que certains naissent ou encore développent dans leur existence une déficience ne devrait pas être considéré comme « injuste » en soi, puisqu'il s'agit de faits contingents du point de vue moral : personne n'a désiré ces situations pour les autres et nul ne les a distribuées consciemment. Mais nous savons, par ailleurs, que les sociétés humaines ont la capacité de pouvoir diminuer de façon non négligeable les conséquences de ce déséquilibre si elles y consacrent les ressources nécessaires. C'est pourquoi, du point de vue de la justice, ce qui compte est plutôt la manière dont les institutions sociales importantes prennent ou non en considération l'ensemble de ces contingences négatives et positives. C'est donc la façon elle-même dont les institutions répondent aux conséquences les plus graves de ces situations qui peut être considérée comme juste ou injuste et non pas l'existence de ces situations d'inégalité, qui restent la plupart du temps fortuites. Même si nous avons le devoir de chercher à les limiter, il faut accepter que l'existence humaine entraînera toujours avec elle son lot de risques et d'avantages non mérités.

6.3 Une question de justice sociale

Pour les raisons évoquées dans la section précédente, les sociétés qui se réclament d'un certain idéal de justice sociale doivent chercher à compenser, chez leurs citoyens, les désavantages qui, pour reprendre une définition de l'OMS, résultent « de la déficience ou de l'incapacité et qui limite[nt] ou interdi[sent] l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels ». Le principe de « réparation », d'« indemnisation » ou encore de

« compensation » qui est en cause ici ne repose pas, on le comprend maintenant, sur un quelconque lien causal entre une « faute », une « victime » et un « responsable ». Rappelons qu'il ne faut pas assimiler, du moins dans le cadre de ce rapport, compensation et responsabilité individuelle.

L'argument que l'on peut alors invoquer pour justifier une forme de compensation reste strictement d'ordre moral et politique : si nous soutenons que les citoyens doivent posséder des chances égales de réaliser leur vie, la répartition fortement inégalitaire des talents, des capacités et des opportunités constitue une réalité qui justifie certaines formes de compensation entre eux. La poursuite de l'égalité des chances nécessite, entre autres, la mise en place d'institutions en mesure de compenser pour les « coups du sort », bons ou mauvais. Cela peut se faire de manière préventive, par exemple, en frappant d'un plus lourd impôt les gains de loterie, en assurant l'éducation gratuite ou encore en menant des campagnes de sensibilisation contre certaines maladies congénitales. Lorsque les mesures préventives sont allées au bout de leurs résultats, on peut aussi fournir une compensation en espèces ou sous forme de services adaptés pour ceux qui restent particulièrement affectés par certaines inégalités des chances.

La réplique libertarienne à cette conception de l'équité n'aurait aucune difficulté à reconnaître que les facteurs d'inégalités entre les humains sont effectivement nombreux. Elle considérerait, cependant, que cela regarde la responsabilité des individus de s'assurer eux-mêmes contre ces risques plutôt que de forcer l'ensemble des citoyens à compenser certains de ces membres. Selon leur point de vue, l'avantage d'une assurance privée est de laisser la liberté à chacun de décider du niveau de risque qu'il est prêt à assumer et du type de ressources dont il voudrait bénéficier si jamais il était touché par un mauvais coup du sort. En théorie, cela peut être vrai dans certaines circonstances très particulières, mais pas pour le type de « risques » que nous cherchons à couvrir dans le cadre de la compensation équitable.

Une assurance privée, quelle qu'elle soit, ne pourra jamais fournir une compensation vraiment équitable pour tous, puisque le niveau de protection de cette assurance et son coût seront inévitablement dépendants de la capacité de payer des individus et du

niveau de risque qu'ils représentent (une assurance ne peut couvrir les risques *déjà* réalisés, et une personne ayant une incapacité ne peut « assurer » *ex post* sa déficience ou son incapacité). Ces deux facteurs (la capacité de payer et le niveau de risque représenté chez un individu) résultent eux-mêmes en bonne partie de « coups du sort » contre lesquels cette police d'assurance privée devrait normalement nous prémunir. Demander à tous les citoyens de se soumettre à une telle procédure revient ni plus ni moins à entériner un état de fait pour lequel on recherche justement une solution. L'intervention préalable de l'État devient donc nécessaire, puisque lui seul détient les leviers qui permettent un prélèvement suffisant pour assurer à tous les conditions générales d'une certaine égalité des chances. Le sens que nous devons donner au mot « solidarité », selon cette perspective, repose essentiellement sur la manière par laquelle les sociétés modernes trouveront des façons de réduire les conséquences les plus graves des inégalités rattachées aux mauvais coups du sort.

Nous adopterons donc, dans ce rapport, une notion d'équité au sens de l'égalité des chances ou des capacités de tous les membres de la société, en priorisant ceux qui sont, potentiellement ou en réalité, les plus défavorisés. Cela peut prendre des formes aussi directes que le droit à une instruction gratuite, à des services de santé de base pour tous, à des transferts directs aux personnes de manière inconditionnelle, etc. On notera que cette conception de l'équité sociale et de la priorité à accorder aux plus démunis ne conduisent pas nécessairement à mettre en place des politiques sociales qui s'adressent uniquement à ce groupe. L'expérience de cinquante années de *Welfare State* montre que très souvent, la meilleure façon de garantir aux plus pauvres un traitement équitable est de leur fournir les mêmes services qu'à l'ensemble de la population. Pour paraphraser le grand théoricien de l'État providence Richard Titmuss : « les services aux pauvres sont toujours de pauvres services » (Titmuss 1987 : 129). Le ciblage des populations n'est pas toujours une garantie que les plus démunis seront les premiers bénéficiaires de la solidarité sociale, puisqu'on laisse alors la voie libre aux plus favorisés de s'organiser uniquement entre eux pour répondre à leurs besoins.

6.4 La relation entre l'équité et l'efficacité

Il existe d'autres motifs que la recherche de l'équité sociale pour compenser les personnes ayant une incapacité. Les justifications économiques en termes de mieux-être global, d'efficacité économique ou administrative sont, par exemple, souvent utilisées dans les débats publics, et les dirigeants politiques leur accordent généralement une grande importance.

La compensation devrait, dans une perspective économique, être considérée comme un investissement plutôt qu'une dépense. Compenser en remboursant en partie ou en totalité certains besoins spéciaux qui nuisent à l'intégration au travail des personnes ayant certaines incapacités peut s'avérer une politique sociale favorable à l'emploi et au développement économique à long terme. C'est la même chose si l'on transforme un transfert direct de dernier recours en une subvention à des employeurs afin de faciliter l'embauche de personnes ayant une capacité productive plus faible ou encore requérant une adaptation importante de leurs lieux de travail. On peut multiplier les exemples de ce genre : soutien à la formation ou au retour aux études, intégration dans un milieu de travail, adaptation de véhicule afin de pouvoir se rendre au travail, etc.

Une argumentation dans des termes économiques est toujours séduisante, car la compensation se présente alors comme un investissement plutôt qu'une dépense nette. L'avantage de cette forme de justification dans une société moderne est évident : un consensus est plus facile à atteindre lorsque tout le monde est gagnant que lorsqu'il est question de rechercher des objectifs qui représentent en bout de ligne des déboursés additionnels pour une partie de la population. C'est la raison pour laquelle, dans le domaine du financement des arts, de la santé et de la réadaptation sociale, les demandeurs s'efforcent de plus en plus de nos jours de joindre à leurs arguments traditionnels des justifications économiques, quitte à déformer parfois quelque peu la nature de leurs objectifs.

Les dangers de trop recourir à une argumentation strictement économique sont aussi bien connus : en l'absence de la preuve d'un apport économique suffisant pour

compenser « l'investissement » (dans les arts, les services de santé ou la réadaptation des personnes), les dirigeants politiques finissent par comprendre qu'ils n'ont tout simplement pas à fournir une aide quelconque. L'idée même de solidarité ou d'aide à la collectivité devient alors complètement dénaturée. Par exemple, un objectif comme l'insertion sociale des personnes ayant une incapacité ne devrait jamais être ramené à la seule intégration sur le marché du travail. D'autres aspects d'une vie normale pour un citoyen doivent aussi être considérés du point de vue de l'insertion (logement, loisirs, culture, participation à la vie publique). C'est ici que la recherche de l'équité se démarque de celle de l'efficacité, puisqu'elle prend en considération non seulement la valeur économique potentielle de la personne, mais aussi ce qu'elle est en droit d'attendre comme moyens ou ressources pour réaliser les différents aspects de sa vie.

Cela dit, si l'efficacité n'est pas au cœur de la démarche de la compensation équitable, ces deux valeurs n'en restent pas moins complémentaires. En effet, l'efficacité est une valeur pratique fondamentale et une condition nécessaire à la réalisation de l'équité. L'équité sociale exige des institutions efficientes, appropriées et durables dans le temps. Il ne sert à rien d'imaginer des solutions qui ne peuvent s'appliquer que dans des sociétés fictives. C'est pourquoi, dans la recherche de nos principes d'équité tout comme des institutions qui doivent servir à leur réalisation, il faut constamment garder à l'esprit de multiples considérations pratiques comme l'efficacité administrative ou organisationnelle.

L'équité et l'efficacité n'ont donc pas à être opposées, car ces objectifs peuvent souvent être complémentaires (Okun 1975). Cependant, il ne faut pas les confondre : les personnes handicapées, comme tous les autres citoyens, ne doivent pas être considérées simplement sous l'angle de leur apport potentiel à la richesse économique. Ce point de vue réducteur pourrait rapidement nous conduire à faire des choix contraires à la justice la plus élémentaire. C'est pourquoi, dans ce rapport, nous privilégierons toujours la recherche de l'équité sur celle de l'efficacité (entendue au sens économique et non pas au sens des mesures efficaces pour atteindre nos objectifs). Il nous semble évident, mais peut-être est-il bon de le rappeler, que les mérites des politiques sociales en santé, en éducation ou dans d'autres domaines ne peuvent pas

et ne doivent pas être évalués uniquement sous l'angle de leur apport potentiel ou réel au bien-être économique général.

6.5 La relation entre l'équité et la politique

L'équité est une valeur essentiellement politique. Sa réalisation doit donc nécessairement s'appuyer sur une communauté politique dont les membres ont généralement des points de vue et des intérêts différents sur la question. En démocratie, les changements se produisent généralement assez lentement, et ils ne sont pas seulement conditionnés par la recherche d'une plus grande équité, bien au contraire. La politique concrète se réalise le plus souvent à travers des tractations, des rapports de force, des infléchissements et des opportunités. Bien entendu, ces facteurs contingents du point de vue moral, quoique déterminants en politique, n'aboutissent pas toujours à des mesures plus équitables ou plus efficaces. C'est la raison pour laquelle le discours sur l'équité ressemble parfois davantage à une simple rhétorique qui ne cherche qu'à justifier *ex post* un état de fait.

L'histoire de l'État providence n'échappe pas au réalisme politique, et la recherche de l'équité exige que nous « rêvions toujours les yeux ouverts » (Merrien 1997). Les changements que nous proposons pour rendre plus équitables les mécanismes de compensation à l'égard des personnes ayant une incapacité doivent tenir compte du fait, comme il a été clairement démontré dans la première partie de ce rapport, qu'il existe aujourd'hui de nombreux et importants mécanismes de protection sociale pour cette catégorie de citoyens. Ces outils ont été mis en place il y a des décennies, et ils sont le fruit d'efforts considérables et de luttes difficiles. Ils poursuivent souvent des objectifs différents et ils sont financés autant par des fonds privés que des fonds publics. La plupart du temps, ils obéissent à des règles qui les rapprochent parfois des systèmes d'assurance et parfois des systèmes d'assistance ou de soutien.

Une chose nous apparaît certaine : pour des raisons de faisabilité politique, mais aussi pour d'autres raisons sur lesquelles nous reviendrons plus loin, on ne doit pas sous-estimer la réalité complexe de notre État providence contemporain et l'importance des

intérêts divergents des citoyens tout comme des personnes ayant une incapacité. L'éthique doit donc, à un moment ou l'autre, rejoindre, sans jamais s'y soumettre totalement, le réalisme politique et budgétaire. Toute proposition de réforme doit savoir prendre la forme d'une politique sociale qui a une chance de retenir l'attention des décideurs tout comme de l'ensemble de la population. Une perspective à long terme est nécessaire pour pouvoir apprécier les progrès que nous pouvons faire à court terme et c'est dans cet esprit que nous avons écrit ce rapport. Nous avons cherché à présenter des propositions qui tiennent compte des contingences politiques, économiques ou administratives, mais qui cherchent aussi à les dépasser en montrant ce qui peut progressivement être mis en place pour favoriser une plus grande équité envers les personnes handicapées.

7. Les principes de la compensation équitable retenus dans ce rapport

L'équité a plusieurs champs possibles d'application : revenu, taxation, accès à des postes ou des fonctions, droit à certains services, traitement différencié pour tenir compte de circonstances particulières, etc. Dans tous ces domaines, la recherche d'un traitement équitable peut prendre différentes formes. Dans la présente section, nous présentons les dix principes généraux qui nous ont guidé dans notre analyse et nos propositions de réforme. Le but de cet exercice est bien entendu de rendre notre démarche transparente et de faciliter un débat ouvert sur les enjeux de la compensation équitable. Ces dernières années, une telle approche n'a pas été explicitement adoptée, et nous croyons que le débat sur la compensation équitable pour les personnes ayant une incapacité n'est pas allé aussi loin qu'il aurait dû, en partie pour cette raison. L'équité relève tout d'abord de principes. Tant que ceux-ci ne sont pas définis clairement, on demeure dans des généralités et on risque surtout d'entretenir la confusion.

7.1 Principe I : *Réduire les conséquences physiques, financières et sociales liées aux déficiences et aux incapacités*

Ce premier principe découle directement du type de justification générale que nous avons arrêté à la section précédente et de la volonté de ne pas réduire la problématique de la compensation à sa dimension économique. La solidarité entre citoyens doit tenter de couvrir les victimes des mauvais coups du sort, et l'objectif principal de la compensation devrait être de chercher à réduire les conséquences physiques, financières et sociales de cet état. Bien entendu, « réduire » n'équivaut pas à « annuler ». Il faut reconnaître que dans bien des situations, même un niveau très élevé de compensation ne pourra jamais se substituer complètement à la perte découlant d'une incapacité physique ou mentale. Plusieurs personnes ayant une incapacité considèrent à juste titre qu'aucune somme d'argent ou aucun service ne pourront jamais remplacer l'usage d'un membre ou d'une fonction physiologique importante.

Même dans le cadre des poursuites civiles devant les tribunaux de droit commun, la Cour suprême a reconnu les limites du système de compensation :

> Dans un tel cas, la restitution intégrale n'est pas possible. L'argent est un bien piètre substitut pour la santé et le bonheur, mais dans la mesure où il peut raisonnablement être employé pour maintenir ou améliorer la santé mentale ou physique de la victime, il peut à bon droit faire l'objet d'une réclamation. (*Andrews c. Grand and Toy Alberta Ltd*., [1978] 2 R.C.S. 229, p. 241)

Malgré tout, l'équité horizontale nous oblige à maximiser l'égalité des chances entre les personnes ayant une incapacité et les autres citoyens. La compensation équitable ne doit pas pour autant chercher à remettre à tout prix les individus dans l'état physique, financier ou social/psychologique antérieur à leurs situations de handicap. Cela est certainement souhaitable, mais dans la plupart des cas fort coûteux pour la collectivité. Les technologies contemporaines et celles de demain pourront peut-être diminuer les situations de handicap, mais elles ne remplaceront jamais parfaitement l'usage d'une fonction du corps. C'est pourquoi l'expression « réduire » plutôt qu'« annuler » les conséquences d'une incapacité nous paraît plus réaliste et surtout plus conforme à nos obligations d'équité sociale.

7.2 Principe II : *Rechercher un équilibre entre l'équité horizontale et l'équité verticale*

L'État doit faire des arbitrages judicieux entre ses différentes missions sociales et il doit réserver des fonds pour les autres entreprises de solidarité sociale dont il est aussi le principal mandataire. Le niveau de compensation doit donc nécessairement être soumis à la capacité financière de l'État en conjonction avec ses autres responsabilités socio-économiques, notamment envers les plus démunis de la société, qu'ils aient ou non une incapacité. Ce serait une faute morale que de poursuivre l'égalité entre les personnes avec ou sans incapacité (équité horizontale) en diminuant le soutien ou le financement d'autres programmes sociaux (équité verticale). L'égalité des chances recoupe au moins ces deux réalités et il faut éviter que l'une prenne trop le dessus sur l'autre. Par exemple, il serait inéquitable que les personnes ayant une incapacité aient droit à des

services ou à des transferts monétaires qui les placent dans une situation socio-économique nettement plus avantageuse que ce que peuvent espérer la plupart des plus démunis de la société qui ne sont pas dans leur situation. C'est donc dire que l'égalisation des chances, quand il s'agit d'équité horizontale envers les personnes ayant une incapacité, doit respecter l'égalisation des chances du point de vue de l'équité verticale. Garantir, par exemple, le revenu moyen au pays à toutes les personnes ayant une incapacité alors que ce revenu n'est pas garanti pour les personnes sans incapacité reviendrait à favoriser indûment les premières par rapport aux secondes.

Une société qui fait peu pour ses membres les plus démunis devrait, en toute logique, faire aussi peu pour ses personnes handicapées. Cela ne constitue pas une incitation à un nivellement par le bas des mesures de sécurité sociale, bien au contraire. Il faut seulement reconnaître que la compensation équitable n'est que l'une des parties du projet plus large qui consiste à réaliser une société plus juste, en endossant le principe de l'égalité des chances pour tous. Il existe donc un lien d'interdépendance entre l'équité verticale et l'équité horizontale qui nous invite à faire un effort pour renforcer la solidarité sociale dans son ensemble sans trop privilégier un groupe par rapport à un autre.

7.3 Principe III : *Distinguer la logique de la compensation équitable de celle des assurances*

Ce principe nous invite à ne pas confondre la logique propre à l'équité sociale avec une autre logique de compensation que nous appelons « assurancielle » et qui cherche à replacer l'individu dans une situation, financière et sociale, similaire à celle qu'il avait avant son incapacité. Cette démarche compréhensible du point individuel ne relève pas, à strictement parler, de l'équité sociale. Une personne dont les revenus sont largement supérieurs à la moyenne ne devrait pas s'attendre à ce que les mécanismes de compensation financés par tous les autres membres de la société lui permettent de rétablir son niveau de vie antérieur. En plus de coûter très cher, cela introduirait nécessairement une forte différenciation dans le niveau de la compensation, et nous

nous trouverions paradoxalement à reproduire dans nos mécanismes de solidarité sociale les inégalités des revenus primaires (notamment du travail). Cela ne peut pas être l'objectif d'une politique sociale qui recherche une plus grande égalité des chances entre les citoyens. Les plus pauvres contribuables n'ont pas à financer, par leurs impôts ou par de moindres transferts, le niveau de vie des plus riches. Si on peut comprendre que, dans une logique de responsabilité individuelle, un fautif doive indemniser sa victime de toutes les conséquences du préjudice subi, cette idée perd son sens dans une logique de collectivisation du risque où ce qui importe demeure l'égalité des chances entre les citoyens. L'approche individualiste de la perte de revenu ne peut donc pas servir de fondement à la compensation équitable. La justification principale derrière ce troisième principe est la suivante : une société équitable peut tolérer que ses membres tirent de leur travail et de leurs efforts personnels une rémunération différente (cela est acceptable en vertu du principe selon lequel chacun possède un droit partiel sur le fruit de ses efforts). Mais la compensation équitable intervient pour assurer à chaque citoyen un niveau de solidarité qui ne repose pas sur les acquis antérieurs, mais seulement sur les ressources qu'une société juge nécessaires pour égaliser les chances entre tous. Face à une situation donnée, les ressources mises à la disposition des personnes ayant une incapacité par l'effort public devraient donc être les mêmes pour tous, riches ou pauvres.

C'est normalement le rôle des assurances privées de protéger le niveau de vie antérieur et, pour ce faire, les assureurs exigent normalement de l'assuré une prime proportionnelle au degré désiré de protection. Cela explique pourquoi les assurances ont une capacité distributive des revenus très faible. Leur but n'est pas de mieux répartir la richesse, mais de faire assumer à chaque individu la juste part du risque qu'il représente selon la couverture demandée. Dans les cas où les régimes privés font défaut d'atteindre cet objectif, l'État peut intervenir pour réglementer ce secteur comme il l'a fait pour les conducteurs automobiles ou les accidentés du travail. Toutefois, il faut veiller à ce que l'ensemble des citoyens ne financent pas ces programmes publics d'assurance qui visent le remplacement du revenu, mais uniquement les créateurs du risque. De tels programmes publics d'assurance doivent donc, du point de vue de l'équité sociale, se financer de manière complètement autonome, sans diminuer de

quelque façon la capacité de l'État de réaliser l'équité verticale et horizontale entre ses citoyens, ce qui reste son principal devoir et sa responsabilité exclusive.

7.4 Principe IV : *Reconnaître un droit à la compensation, sans égard à la cause ou à la faute*

Si c'est souvent le sort qui décide d'une incapacité, on ne devrait jamais, par contre, le laisser déterminer la possibilité d'être compensé. À l'intérieur du paradigme individualiste, il faut démontrer son statut de « victime » pour obtenir une compensation d'un tiers. La première difficulté avec cette façon de faire, du point de vue moral, vient bien sûr du fait que la majorité des « mauvais coups du sort » qui affectent lourdement la vie des personnes ne sont rattachés à aucune responsabilité particulière. De plus, le niveau d'indemnisation, si indemnisation il y a, reste strictement dépendant de la capacité financière de la personne reconnue responsable. Faire dépendre la possibilité et l'importance d'une compensation de facteurs aussi contingents revient à laisser une loterie décider du sort des personnes affectées négativement par les « mauvais coups du sort » (Ison 1993).

Dans un régime de compensation reposant sur le concept de la solidarité sociale, il faut s'assurer que toutes les personnes handicapées aient le droit d'être indemnisées par des fonds publics. Cela signifie que la compensation doit se faire non seulement sans égard à la *faute*, mais aussi sans égard à la *cause* de l'incapacité, que celle-ci soit naturelle ou accidentelle.

La compensation sans égard à la faute et à la cause devrait être considérée comme un progrès moral par rapport aux plus anciennes formes d'indemnisation, notamment la responsabilité civile traditionnelle. Notre système de santé, par exemple, traite les malades sans se soucier de leur statut et de leur revenu, et les soins qu'ils reçoivent restent, en principe, les mêmes. Dans ce domaine, il faut tenir compte uniquement de la situation de besoin qui ouvre l'accès à des services. Nous croyons fermement que tout système étatique de compensation équitable devrait participer du même principe. Du point de vue de l'équité sociale, il n'y a pas de motifs pouvant justifier qu'un régime

public de compensation financé par les impôts de *tous* les contribuables puisse discriminer les personnes handicapées selon la cause de leur incapacité. Si des niveaux de compensation supérieurs sont offerts à certaines catégories de personnes handicapées, cela doit se justifier par l'acquittement d'une prime ou d'une cotisation particulière de la part d'un groupe ciblé de contribuables, sans que l'État ait à assumer des coûts excédentaires.

7.5 Principe V : *Répondre aux besoins collectivement reconnus*

Les « besoins » des êtres humains sont infinis et souvent concurrents, mais les ressources à leur disposition restent, au contraire, limitées. C'est pourquoi, il est naïf de croire que l'on puisse satisfaire complètement les besoins des personnes avec ou sans incapacité. Il est toujours possible de réclamer de meilleurs médicaments, des prothèses plus efficaces, du transport adapté disponible partout et aux heures désirées, etc.

Les besoins peuvent être définis de différentes manières, puisqu'ils possèdent à la fois une nature « subjective » (ce qu'une personne désire pour elle-même) et une nature « objective » (ce que d'autres personnes peuvent estimer profitable pour cette personne, compte tenu des ressources disponibles). Ces deux dimensions ne se rejoignent pas toujours et des arbitrages sont souvent nécessaires. Il faut à notre avis refuser une définition du besoin venant exclusivement de la personne concernée à cause des possibilités de « préférences inadéquates ». En effet, nous croyons généralement ne pas avoir la même obligation envers les désirs « dispendieux » (vouloir ce qui n'est pas accessible à la majorité des personnes), les désirs « limitatifs » (vouloir moins que ce à quoi nous avons légitiment droit) ou encore « irrationnels » (vouloir ce qui contrevient à notre intérêt ou à celui de nos proches). La définition « juste » d'un besoin dépend donc toujours d'un ensemble de considérations sociales, économiques et culturelles qui peuvent grandement varier selon les époques et les endroits. Il revient donc à l'État, en concertation avec les différentes associations regroupant les personnes handicapées, de définir les ressources qui devraient être

mises à leur disposition, en gardant toujours à l'esprit, entre autres, le maintien d'un équilibre entre l'équité horizontale et l'équité verticale. La concertation est nécessaire dans ce domaine pour maximiser les chances de procéder aux meilleurs arbitrages, compte tenu des ressources limitées et du grand éventail de besoins exprimés.

7.6 Principe VI : *Déterminer la nature ou la forme des transferts en recherchant l'équité, l'efficacité et la simplicité*

Une fois reconnu que l'ensemble de la société, à travers ses institutions, a un devoir de fournir une compensation juste et équitable à toutes les personnes handicapées, il reste encore à déterminer la forme que cette compensation devrait prendre. Il existe bien entendu une multitude de moyens pour venir en aide aux personnes ayant des incapacités. Les mesures de soutien peuvent d'abord prendre la forme d'une allocation en espèces : transferts monétaires directs versés par l'État à une partie ou à l'ensemble de ses citoyens, indemnisation accordée par un régime d'assurance privé ou public, transfert fiscal reconnu à des contribuables qui satisfont à certaines conditions. Les formules peuvent être nombreuses, mais elles ont toujours pour effet de redistribuer, à terme, le pouvoir d'achat entre cotisants, contribuables et citoyens.

La compensation monétaire peut avoir différents buts : acheter du matériel ou des services, augmenter le revenu disponible, favoriser une période de recyclage, financer les individus dans l'occupation d'emplois pour lesquels ils sont moins compétitifs, etc. Notons qu'il existe différentes façons de réaliser un transfert monétaire, et le choix entre toutes ces formules ne devrait jamais être considéré comme secondaire. En fait, une réflexion appropriée sur l'équité peut aussi nous conduire à privilégier une formule ou l'autre, comme nous le verrons dans les justifications des mesures proposées dans ce rapport.

La compensation peut aussi prendre la forme, et c'est plus souvent le cas, d'une allocation sous forme de services : soins hospitaliers gratuits, accès à des mesures de réadaptation physique, adaptation de véhicules ou de résidences, etc.

Finalement, entre une allocation monétaire ou sous la forme de services publics, des formules hybrides sont possibles, comme c'est le cas avec les « bons » ou les crédits fiscaux dont l'usage est conditionnel à l'achat de services et équipements désignés à l'avance. Pour la problématique qui nous intéresse, cette dernière forme de compensation est surtout utilisée dans le domaine du maintien à domicile ou encore pour des remboursements qui font suite à des dépenses très ciblées comme les mesures d'adaptation du véhicule ou du domicile. Cependant, ce type de mesure est de plus en plus utilisé au Québec, et il n'est pas impossible que dans l'avenir, cette pratique s'étende à d'autres sphères. Il faudra retenir que pour des raisons de simplicité, nous faisons le choix de considérer toutes les formes de transferts monétaires conditionnelles à l'achat de services comme des transferts en nature plutôt qu'en espèces, puisqu'ils ne laissent pas la même possibilité de substitution. Ce choix de nature purement méthodologique ne signifie pas, par ailleurs, que ce type de transfert hybride possède sa logique propre, dont les avantages et les inconvénients devraient davantage être étudiés.

Théoriquement, les allocations en nature ou en espèces devraient être interchangeables : ce qui est offert aujourd'hui à une clientèle sous la forme d'un service public gratuit ou largement subventionné devrait pouvoir être remplacé par une somme forfaitaire suffisante pour que cette clientèle se paie elle-même ce service. Dans la réalité, les choses ne sont pas si simples, mais la question de savoir si les compensations monétaires sont plus appropriées que les compensations en nature demeure une question très importante et à laquelle nos gouvernements ne sont probablement pas assez sensibles.

Le principe d'équité peut-il nous aider à définir le meilleur partage entre allocation en espèces et en nature ? La réponse est certainement « oui » bien que nous n'approfondirons pas cette question dans notre rapport en raison de l'expertise particulière qu'elle demande. Certains sont plus favorables aux allocations monétaires par rapport aux allocations sous forme de services, car ils considèrent que la première formule respecte mieux le choix des individus. Le pouvoir de décider du service qui convient le mieux leur est délégué et ils ne sont plus obligés de faire affaire avec une

administration publique lourde, parfois inefficace et qui accorde un poids très relatif à leurs préférences. Ce parti pris en faveur de la liberté de choix et donc d'un transfert en espèces peut très bien être neutralisé par trois autres critères tout aussi importants :

- la volonté d'assurer une offre de service accessible et d'une égale qualité à tous les citoyens et sur l'ensemble du territoire ;
- le désir de protéger les citoyens eux-mêmes contre une utilisation inappropriée ou sous-optimale des ressources financières à leur disposition ;
- les économies d'échelle et la simplicité administrative d'un système de service centralisé. (Thurow 1977)

Ces raisons et d'autres plus spécifiques à la problématique des incapacités, comme le caractère très spécialisé de certains services, justifient que l'on aborde avec une grande prudence la délicate question de la forme que doit prendre la compensation équitable. Ici comme ailleurs, il faut rechercher le meilleur équilibre possible entre les prestations en espèces et sous forme de services, en ayant à l'esprit la recherche de l'efficacité administrative et de l'équité.

7.7 Principe VII : *Favoriser la participation sociale et la prise en charge personnelle*

L'équité et la justice sociale ne se limitent pas à assurer un certain niveau de revenu et de services à chaque citoyen. Il faut aussi, et surtout, ouvrir des opportunités pour que chacun ait une chance de pouvoir réussir sa vie. Pour y arriver, il est nécessaire de mettre en place les arrangements institutionnels qui permettront aux personnes ayant des incapacités d'être des membres à part entière dans la société. Ils doivent pouvoir compter, quand cela est physiquement possible, sur l'exercice d'activités enrichissantes, rémunérées et qui permettent de progresser à leur rythme dans la société. La pire des choses que nous puissions faire pour ces personnes est de les enfermer, volontairement ou non, dans un statut de bénéficiaire inactif permanent. En plus de constituer une perte pour toute la société, cette conception de l'indemnisation les stigmatise et elle reste, pour cette raison, contraire à la justice la plus élémentaire.

Le maintien et le renforcement de l'incitation au travail pour tous les bénéficiaires de programmes gouvernementaux se justifient généralement par ses bénéfices économiques : il vaut mieux pour tous que plus de gens soient actifs et participent ainsi au bien-être économique général. Cet argument ne doit pas nous faire oublier qu'il existe aussi de très bonnes raisons, du point de vue de l'équité sociale, pour faire en sorte de maintenir une incitation positive à l'égard du travail tout comme à l'égard d'autres activités non rémunérées. Il faut donc rechercher des politiques sociales qui, tout en fournissant une aide matérielle aux personnes ayant une incapacité, maintiennent leur désir de s'inscrire dans une activité qui renforce notamment leur estime personnelle. La compensation équitable doit rejeter à tout prix les alternatives qui transforment les personnes compensées en bénéficiaires passifs.

7.8 Principe VIII : *Exiger une contribution spéciale des activités ou des styles de vie qui représentent un risque plus élevé*

La mise en place d'un régime cohérent et intégré de compensation « sans égard à la cause et à la faute », comme celui dont nous nous faisons les défenseurs dans ce rapport, ne nous empêche pas de « responsabiliser » les citoyens, notamment en rapport aux activités qui engendrent davantage d'incapacités et donc de coûts pour la société. Pour des raisons d'efficience tout comme d'équité, cette responsabilité devrait cependant être partagée plus largement qu'aujourd'hui. C'est ainsi que les activités qui représentent un risque plus élevé (en autant que cela soit statistiquement vérifié) devraient conduire à une forme de taxation ou de contribution spéciale. Deux objectifs complémentaires peuvent justifier cette approche.

Tout d'abord, un prélèvement sur certaines activités à risque plus élevé devrait normalement inciter ceux qui les exercent à développer des stratégies pour diminuer ce risque. L'imposition d'une taxe spéciale agit alors comme une incitation à la prévention et aux changements d'attitudes. Deuxièmement, une contribution spécifique permet de financer son « coût social ». Le « coût social » représente la valeur des dépenses en compensation et soins de toutes sortes que la société doit défrayer pour les individus

qui pratiquent une activité plus à risque (l'équivalent, en économie, d'une « externalité » négative). Ces activités sont diverses : il peut s'agir de fumer la cigarette, de pratiquer certains sports extrêmes, de conduire une automobile ou d'exploiter une entreprise qui crée des risques particuliers. Il est équitable que ce coût supplémentaire soit défrayé par ceux et celles qui contribuent à le créer, que ce soit directement (les producteurs) ou indirectement (les consommateurs). Il n'est donc pas vrai de dire que la conception collective de la responsabilité au service de la compensation équitable met fin à toute forme de responsabilité individuelle. Cependant, il faut faire en sorte que cette responsabilité ne prenne pas, là aussi, la forme d'une loterie. La meilleure façon d'y arriver est une contribution *ex ante* de tous ceux qui produisent le risque plutôt qu'une contribution *ex post* du groupe plus restreint de personnes aux prises avec un mauvais coup du sort.

L'équité est une affaire de droits, mais aussi d'obligations, et il est important que les organisations qui militent en faveur de régimes plus équitables de compensation pour les personnes ayant des incapacités réalisent que leur mandat est de s'assurer, bien sûr, de la prévention des incapacités mais, aussi, de militer pour que ceux qui participent à des activités plus à risque paient leur juste part du coût excédentaire de la compensation qu'ils génèrent par leur pratique.

7.9 Principe IX : *Chercher continuellement à améliorer les régimes de base au service de la compensation équitable*

Les régimes privés d'assurance ont montré et continuent de montrer leur limites dans différents champs de l'activité humaine : santé, emploi, accidents au travail ou sur la route, invalidité. C'est pourquoi plusieurs sociétés modernes ont mis en place des régimes étatiques d'assurance qui reposent principalement sur la recherche d'une plus grande efficacité, notamment une couverture sûre et sans délai d'attente. Ces régimes s'appuient sur un principe de solidarité « limitée » puisque, pour une bonne part, ils font essentiellement appel à l'intérêt personnel de leurs clientèles, qui recherchent avant

tout un système adéquat et économique de protection contre certains risques applicables à leur situation.

La compensation équitable implique nécessairement une solidarité « élargie » très différente de celle que l'on retrouve dans les régimes privés et publics d'assurance, car elle vise non pas le remplacement du revenu, mais l'égalité des chances et la dignité des personnes. La réalisation d'une société plus juste exige donc le renforcement continu de ce niveau de protection sociale qui détermine la solidarité sociale.

L'une des façons d'en arriver à un tel renforcement est de maximiser les occasions où il est possible de mettre en place des programmes de protection sociale qui couvrent l'ensemble de la collectivité et non pas uniquement les plus démunis. Le régime d'assurance maladie nous donne un bon exemple de cette stratégie : il occupe presque tout le champ des services de santé offerts aux citoyens, ce qui implique que les besoins en assurances complémentaires sont limités. Les personnes plus riches sont ainsi moins tentées qu'elles ne le seraient dans un régime moins bien pourvu d'avoir recours à d'autres régimes d'indemnisation. Il est donc plus facile de les faire participer par leurs taxes et leurs impôts à son financement puisqu'elles en retirent aussi des bénéfices directs.

Le fait que les régimes étatiques ou privés d'indemnisation, financés par des cotisants, ne coûtent en principe rien à l'État ne doit donc pas nous faire oublier leur limite du point de vue de la solidarité sociale. Si l'on ne compte que sur eux, les plus avantagés s'en tiendront aux outils de protection sociale qui leur conviennent tout en se déresponsabilisant devant les outils plus fondamentaux de la solidarité sociale. Pour des raisons stratégiques tout autant qu'éthiques, il faut donc favoriser la mise en place de programmes sociaux qui rejoignent le plus grand nombre de citoyens.

7.10 Principe X : *Éviter que les différents régimes d'indemni-sation se concurrencent dans les domaines des soins de santé et de la réadaptation physique*

La justice, comme nous l'avons vu, est compatible avec l'existence de certaines inégalités économiques, en particulier lorsque celles-ci ne découlent pas de coups du sort (bons ou mauvais), mais plutôt de choix délibérés et différenciés des individus. Cette règle ne légitime pas pour autant toutes les formes d'inégalités entre citoyens. Nous croyons qu'il existe aujourd'hui un danger d'opérer une division face à la maladie et, éventuellement, face à la mort. Il faut chercher à éviter que des individus, des groupes ou des organisations puissent, en utilisant leurs propres ressources financières, avoir accès à des soins meilleurs ou plus rapides dans les domaines de la santé et, dans certains cas, de la réadaptation physique.

Ces services sont trop fondamentaux pour que des inégalités de traitement puissent être acceptées. Du point de vue de la solidarité sociale, de tels soins devraient être accessibles sur une base strictement égalitaire. S'il est impossible d'éviter qu'il y ait des listes d'attente, celles-ci devraient être les mêmes pour tous. Toute asymétrie dans ces domaines peut conduire progressivement à une dualisation des chances respectives de chaque citoyen face à la vie et à la mort. Le système de soins de santé doit donc, à notre avis, demeurer le plus unitaire possible et traiter tous les patients de la même façon afin de garantir l'égalité des chances la plus stricte dans la composante la plus essentielle de l'existence humaine.

CHAPITRE 2 – Données et travaux antérieurs

1. Portrait statistique de la situation des personnes ayant des incapacités au Québec

1.1 Population et types d'incapacités

Les informations les plus récentes et les plus complètes proviennent de l'*Enquête québécoise sur la limitation des activités 1998* (EQLA) publiée en 2001 par l'Institut de la statistique du Québec. Reprenant les travaux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), une incapacité est définie comme « la réduction (résultant d'une déficience) totale ou partielle de la capacité d'exécuter une activité de la manière ou dans la plénitude jugée comme normale pour un être humain » (EQLA : 74). Bien entendu, les conséquences d'une incapacité peuvent varier grandement selon sa nature, sa gravité, sa durée, l'âge à laquelle elle se produit et aussi la disponibilité ou non d'une aide technique permettant de surmonter la déficience qu'elle entraîne.

En 1998, environ 15 % de la population québécoise présentait au moins une incapacité. On estime donc que près de 1 086 800 Québécois avaient une incapacité à cette époque. Comme on peut s'y attendre, le taux d'incapacité augmente avec l'âge. Il atteint 42 % chez les plus de 65 ans alors qu'il se situe seulement à 13 % chez les 15 à 64 ans. À partir de 75 ans, on retrouve plus de 55 % de la population avec une incapacité (EQLA : 79). Il est à noter qu'environ 10 % de la population (694 500 personnes) ont une incapacité légère, 3,5 % (253 500 personnes) une incapacité modérée et 1,9 % (138 800 personnes) une incapacité grave (EQLA : 34). On estime donc qu'en 1998, environ 210 200 personnes de 15-64 ans et 169 600 personnes de 65 ans et plus avaient une incapacité modérée ou grave dans la population québécoise vivant en ménage privé (ces statistiques excluent les personnes résidant en institution pour lesquelles l'EQLA n'a pas de données récentes).

En 1998, 30 % des ménages privés du Québec comptaient au moins une personne (adulte ou enfant) ayant une incapacité et il existe, comme on pouvait s'y attendre, une

forte corrélation entre l'âge et la gravité de l'incapacité. Les incapacités les plus répandues sont liées à la mobilité (9 %), l'agilité (8 %), l'audition (4,2 %) et les incapacités liées aux activités intellectuelles ou à la santé mentale (4,1 %).

L'un des résultats les plus inquiétants de l'*Enquête québécoise sur la limitation des activités* montre que l'évolution de l'incapacité au Québec est fortement à la hausse. En effet, le taux serait passé de 10 % en 1986 à 15 % en 1998, et cette tendance à l'augmentation est présente dans presque tous les groupes d'âge. On l'explique en bonne partie par l'augmentation du nombre des incapacités légères recensées et en raison du vieillissement de la population (EQLA : 80). Par ailleurs, on constate une stabilisation relative de l'incapacité modérée et grave dans le temps si l'on compare les résultats de l'enquête de 1998 avec des enquêtes similaires antérieures.

Ces chiffres demeurent cependant des évaluations statistiques basées non pas sur des faits cliniques indépendants, mais sur les réponses d'un certain nombre de personnes interrogées quant à leur capacité de réaliser de manière autonome des tâches quotidiennes. D'autres façons de mesurer la prévalence et la gravité des incapacités d'une population sont certainement possibles et susceptibles de donner des résultats différents. Cependant, jusqu'ici l'EQLA offre l'évaluation la plus complète de la situation.

1.2 Caractéristiques socio-économiques

L'existence d'une incapacité peut entraîner différentes conséquences socio-économiques négatives que l'on nomme « désavantages » ou encore, selon une terminologie encore plus récente, « situations de handicap ». Ces « désavantages » ou « situations de handicap » résultent de l'interaction entre des facteurs personnels et environnementaux qui facilitent ou encore font obstacle à la participation sociale des personnes ayant des incapacités. Les « désavantages » reliés aux secteurs de l'éducation, du travail, des activités de la vie quotidienne et domestique correspondent ainsi à autant de « situations de handicap » vécues dans ces domaines de la vie sociale. Le « désavantage » est défini comme suit par l'OMS : « Le préjudice qui résulte de la déficience ou de l'incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle

considéré normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels » (EQLA : 179).

La liste des désavantages peut être très longue, mais nous nous contenterons d'un certain nombre d'indicateurs coutumiers. Les personnes ayant une incapacité présentent un profil socio-économique nettement plus défavorable que celui du reste de la population. Elles sont moins scolarisées, ont des revenus plus faibles, sont plus nombreuses à être sans emploi et vivent plus souvent seules que les personnes sans incapacité (EQLA : 147-157). Ces facteurs combinés entraînent nécessairement une fragilité économique accrue : plus de 30 % des personnes avec incapacité sont considérées « pauvres » ou « très pauvres » par l'Institut de la statistique du Québec alors que ce chiffre atteint 16 % pour les personnes sans incapacité. De plus, 28 % des hommes avec incapacité ont un revenu annuel d'au moins 30 000 $ contre 42 % pour les hommes sans incapacité. Ces chiffres sont très éloquents et ils démontrent la nécessité de mécanismes de compensation monétaire en faveur de ce groupe. Une seule exception : la tendance générale à un revenu plus faible pour les personnes avec incapacité serait moins présente chez les 65 ans et plus. Cela s'explique probablement par la conjonction de deux facteurs : la présence de programmes de soutien du revenu amélioré pour ce groupe d'âge et une répartition différente de l'incapacité.

Bien entendu, la gravité et le type d'incapacité influent directement sur les indicateurs de revenus disponibles. Par exemple, les personnes ayant une incapacité reliée aux activités intellectuelles sont très fortement représentées dans les catégories inférieures de revenu. Les personnes dont l'incapacité est liée à la mobilité ou à l'agilité constituent le deuxième groupe affecté le plus négativement dans leur revenu par leurs situations de handicap (EQLA : 156). Les efforts de compensation doivent donc tenir compte de cette situation et au besoin être modulés afin de prioriser davantage les plus touchés par l'incapacité. Une embellie dans ce portrait plutôt sombre mérite toutefois d'être soulignée : le taux d'activité chez les personnes avec incapacité a augmenté de façon considérable entre 1991 et 1998 et il est passé de 37 % à 49 % (le taux d'inactivé pour cette population est donc de 51 % comparativement à 28 % pour l'ensemble de la population québécoise). On suppose que cette situation a eu des effets positifs sur le

revenu disponible de certains ménages, mais on ne peut encore l'évaluer pour le moment. Nous croyons que cette tendance mérite d'être encouragée, car elle traduit assez bien l'un des principes de la compensation équitable, qui est de favoriser autant que possible la participation sociale des personnes ayant une incapacité.

1.3 Prévalence du désavantage

L'indice de désavantage lié à l'incapacité constitue un nouvel indice spécialement conçu pour l'EQLA. Il résume de manière synthétique, mais aussi assez grossière, les conséquences d'une incapacité dans plusieurs domaines à la fois. Il peut, malgré ses limites, s'avérer utile pour mieux cerner la population vivant des situations de handicap et pour se faire une idée plus juste de leurs besoins. L'indice comprend une gradation à cinq niveaux. Au niveau 1, les individus se trouvent dans une situation de « dépendance très forte » à l'égard de leurs proches. Ils ne peuvent pas se déplacer seuls ou encore accomplir des tâches quotidiennes comme faire leur toilette, s'habiller ou encore manger. Au niveau 2, les individus sont dans une situation de « dépendance modérée ». Ils demeurent tout de même dépendants pour les sorties, pour les tâches ménagères quotidiennes ou pour la préparation des repas. Au dernier niveau de l'indice de désavantage, le niveau 5, les individus demeurent avec une incapacité, mais ils ne sont pas limités dans leurs activités quotidiennes (EQLA : 124).

Les résultats obtenus montrent qu'environ 0,8 % des personnes de 15 ans et plus vivant en ménage privé au Québec sont fortement dépendantes (niveau 1), 2,7 % modérément dépendantes (niveau 2), 3,9 % légèrement dépendantes (niveau 3), 5,8 % non dépendantes, mais limitées dans leurs activités (niveau 4) et 3,4 % ont une incapacité qui ne les désavantagent pas (niveau 5). Certaines hypothèses en arrivent à estimer que tout près de 5 % de la population totale du Québec âgée de plus de 15 ans (y compris les personnes en institution) se situe dans les catégories « dépendance forte » ou encore « dépendance modérée » (EQLA : 126). Le quart des personnes de 75 ans et plus vivant en ménage privé sont modérément ou fortement dépendantes, ce qui n'étonnera probablement personne. Chez les jeunes de 15 à 34 ans, moins de 1 % des individus présentent une dépendance modérée ou forte. La proportion de

personnes dépendantes est également plus élevée chez les femmes que chez les hommes (EQLA : 128). On retrouve aussi ce type de corrélation positive du côté des revenus alors que les pauvres sont plus représentés parmi les plus désavantagés que les personnes détenant un revenu moyen ou supérieur. Cette situation renforce encore une fois la justification pour la compensation équitable de leurs besoins.

1.4 Quelques données sur la compensation existant pour les coûts supplémentaires et l'insuffisance du revenu

L'*Enquête québécoise sur la limitation des activités* fournit très peu d'informations qui peuvent aider à mieux circonscrire la problématique de la compensation équitable. Elle indique néanmoins qu'environ 40 % des personnes de plus de quinze ans ayant une incapacité ont eu, en 1998, des dépenses occasionnées par leur situation de handicap. Parmi ces personnes, seulement 15 % ont été remboursées complètement par un régime privé d'assurance ou encore par un programme gouvernemental (EQLA : 158). Toutes les autres ont donc dû assumer une partie des coûts supplémentaires rattachés à leur situation de handicap. Ces dépenses sont réparties comme suit : les médicaments prescrits (74 %) ; des frais de déplacements associés à leur incapacité (28 %) ; des soins de santé facturés (15 %) ; des services à domicile (15 %) ; l'achat ou encore l'entretien d'aides techniques ou d'accessoires spécialisés (11 %). Encore une fois, l'importance des dépenses est étroitement liée à la gravité de l'incapacité même si on ne fournit pas d'ordre de grandeur à ce sujet dans l'EQLA.

Chez les enfants ayant une incapacité, selon les évaluations plus incertaines de l'Institut de la statistique du Québec pour ce groupe, on estime que le tiers (34 %) ont occasionné des dépenses à leur famille et que moins du tiers de ces dépenses (30 %) ont été effectivement remboursées par une assurance ou un programme gouvernemental. Les principaux postes de dépenses non remboursés pour les enfants ayant une incapacité sont : les médicaments (49 %) ; les frais de déplacement (25 %) ; les soins de santé (23 %) ; l'achat et l'entretien des aides techniques ou des accessoires spécialisés (18 %) ; le matériel jetable après usage (12 %) ; les services d'aide à domicile (12 %). Malheureusement, il n'existe pas d'estimations récentes du

coût moyen que représentent ces dépenses pour les personnes qui doivent les assumer. Cela indique qu'il reste encore beaucoup d'informations à recueillir pour se faire une idée vraiment plus juste des enjeux économiques reliés à la compensation équitable.

Au Québec, en 1998, 45 % de la population âgée entre 0 et 64 ans était protégée par une assurance privée couvrant les dépenses associées aux soins de santé. Il est à remarquer, cependant, que les personnes sans incapacité profitent d'une telle protection dans une plus grande proportion que les personnes avec incapacité qui ont pourtant de plus grands besoins (pour le groupe de 15 à 64 ans, la proportion est de 60 % contre 45 % pour les personnes avec une incapacité).

Du point de vue de la compensation du revenu, il n'y aurait pas plus que 14 % des personnes de 15 ans ou plus ayant une incapacité qui recevraient une pension ou de l'aide financière liée à leur handicap (EQLA : 159). L'origine de cette aide financière est la suivante : pension d'invalidité du Régime de pensions du Canada ou de la Régie des rentes du Québec (33 %) ; prestations supplémentaires d'aide sociale pour contrainte sévère à l'emploi (34 %) ; indemnités pour maladie ou accident du travail de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (21 %) ; prestations d'un régime d'assurance invalidité de l'employeur (14 %). Aucune donnée n'est mentionnée en ce qui concerne le régime d'indemnisation des victimes d'accidents d'automobile. Pour ce qui est du crédit d'impôt pour déficience mentale ou physique, l'enquête révèle qu'à peine 8 % des personnes sondées disent en profiter (EQLA : 161).

2. Revue de certains travaux antérieurs sur la compensation équitable

La compensation équitable représente depuis plusieurs années l'un des principes moteurs des organisations publiques ou communautaires qui ont pour objectif de promouvoir les intérêts des personnes handicapées. La création de l'Office des personnes handicapées du Québec, en 1978, a donné un élan très positif aux débats publics sur la place des personnes handicapées dans la société, sur leurs droits et leurs attentes légitimes. Il était donc normal qu'un certain nombre de travaux et d'études pavent la voie à notre rapport.

Notre mandat n'est pas de recenser tous les travaux déjà effectués sur la question. Cependant, nous avons cru nécessaire de revenir sur trois rapports qui ont fait leur marque et qui permettent de compléter l'état de la situation, mais aussi de comprendre un certain nombre d'attentes à l'égard de notre travail. Ces trois rapports furent produits dans le contexte de la politique sociale québécoise. Nous avons délibérément choisi de ne pas traiter de travaux équivalents au niveau fédéral comme le rapport Smith de 1981 et les travaux du Comité mixte fédéral-provincial de 1983. Nous ne traitons pas non plus directement du Rapport sur un système complet de protection sociale contre l'invalidité au Québec de 1986, puisque celui-ci est considéré, encore de nos jours, confidentiel. Cependant, nous reviendrons, à la fin du chapitre 3 de cette seconde partie, sur le principe général d'une assurance invalidité publique et universelle, puisque cette voie représente l'une des stratégies envisagées de manière récurrente pour réaliser la compensation équitable. Les trois derniers rapports mentionnés dans ce paragraphe proposaient d'ailleurs, avec des modalités très différentes, la mise en place d'un programme d'assurance invalidité.

2.1 Rapport du groupe de travail sur la prise en compte des revenus de la famille pour l'établissement du montant d'aide matérielle à accorder pour les bénéficiaires des services offerts par l'OPHQ (1988)

À sa réunion du 29 juin 1988, le Conseil des ministres du Québec décidait de donner suite à l'avis du ministre délégué à la Famille, à la Santé et aux Services sociaux de l'époque et « d'accepter le principe de la compensation des conséquences financières des limitations fonctionnelles dans la détermination de l'aide matérielle, en autant que l'Office des personnes handicapées et les ministères et organismes concernés ne défraient que les dépenses essentielles à l'intégration d'une personne handicapée, selon la solution la plus économique et selon des modalités précises ». En conséquence, on recommandait ce qui suit :

- ne pas tenir compte de la capacité de payer de la personne handicapée ou de sa famille ;
- introduire, dans les programmes d'adaptation de véhicule et de domicile, des niveaux de décision différents, selon les montants impliqués dans l'aide accordée pour répondre aux besoins essentiels à l'intégration ;
- continuer l'adaptation de l'automobile personnelle, même dans les territoires où il existe un transport adapté subventionné. (Décision # 88-151)

Ce décret fut, à plusieurs égards, très important car il balisait, pour un temps du moins, les normes d'attribution des services offerts à ce moment par l'OPHQ. Le principe d'une « compensation complète des besoins essentiels à l'intégration scolaire, professionnelle et sociale de la personne handicapée » était entériné officiellement par le gouvernement du Québec. Les services essentiels à l'intégration des personnes handicapées devaient être, dans l'avenir, octroyés de manière gratuite et universelle.

Le champ d'application de cette décision était circonscrit, à l'époque du moins, à l'adaptation d'un domicile ou d'un véhicule, mais le mémoire déposé par le ministre responsable à l'intention de ses collègues indiquait clairement que ce principe pourrait

éventuellement s'appliquer à d'autres champs d'intervention. On comprend donc tout l'intérêt de cette position pour notre démarche.

La recommandation favorable à un accès universel et gratuit à certains services donnait suite aux conclusions d'un groupe de travail formé par le Conseil de ministres et dont le mandat était d'examiner les possibilités de prendre en compte les revenus de la famille pour l'établissement du montant d'aide matérielle à accorder. En d'autres mots, le Conseil des ministres voulait que l'on explore l'hypothèse de faire assumer en partie par les personnes ayant une incapacité le coût des services d'intégration sociale qu'ils reçoivent. Cette idée fut rejetée par le Groupe de travail qui, sur ce point, s'opposa directement au Secrétariat du Conseil du trésor de l'époque qui aurait aimé remettre en cause les principes d'universalité et de gratuité. Pour des raisons de simplicité administrative et d'équité, le groupe de travail jugea au contraire important de maintenir un accès universel et gratuit aux programmes offerts pour cette clientèle. De toute évidence, il gagna à sa cause le ministre délégué à la Famille, à la Santé et aux Services sociaux qui, dans son mémoire au Conseil des ministres, fera valoir les arguments suivants pour convaincre ses collègues :

- plusieurs programmes gouvernementaux appartenant à la même famille ne tiennent pas compte des revenus de la personne (assurance maladie, assurance hospitalisation, services offerts par la RAMQ, etc.) ;

- il serait préférable de considérer le principe de la prise en compte des revenus pour l'ensemble de la clientèle de la santé et des services sociaux (et non seulement pour ce groupe) ;

- les programmes visant à pallier les déficiences et les limitations fonctionnelles ne sont pas des mesures d'assistance sociale ni des mesures de redistribution des revenus ;

- le rôle de l'État ne se limite pas à assister les personnes économiquement faibles ;

- l'aide matérielle vise des dépenses additionnelles que n'ont pas à encourir les personnes non handicapées et les autres familles ;

- les personnes handicapées assument elles-mêmes beaucoup de frais reliés à leur déficience ou à leurs limitations fonctionnelles ;

- il est important d'accorder aux personnes handicapées vivant dans la société des soutiens équivalents à ceux offerts aux personnes vivant en institution.

En acceptant cet argumentaire, le Conseil des ministres allait tracer la voie à une forme particulière de compensation équitable pour les personnes handicapées. Le principe d'équité générale qui sous-tend cette démarche générale de l'universalité et de la gratuité des services essentiels à l'intégration de la personne handicapée veut « qu'une personne handicapée devrait, autant que possible, se retrouver, sans discrimination ni privilège, dans la même situation qu'une personne non handicapée ». Les fortes réticences du Secrétariat au Conseil du trésor indiquent toutefois que ce principe tout comme la façon de l'appliquer, n'ont pas fait l'objet d'un large consensus à l'époque. Malgré tout, le modèle de l'universalité et de la gratuité des services de base pour les personnes handicapées (adaptation de domicile et de véhicule) deviendra, pendant un temps, dominant. Il repose sur un certain nombre de principes relatifs à l'équité et à la simplicité administrative très similaires à ceux que nous envisageons dans ce rapport, notamment quand il s'agit de tenir compte tant de l'équité verticale qu'horizontale et de favoriser la compensation sans égard à la cause.

2.2 Rapports sur l'évaluation et la faisabilité d'un fonds de compensation universel pour les personnes handicapées au Québec (1992-1993)

Dans le souci d'assurer à toutes les personnes ayant une incapacité une meilleure couverture de leurs besoins spéciaux, la Confédération des organismes provinciaux de personnes handicapées du Québec (COPHAN) mandatait une firme privée en 1991, Le Groupe DBSF, pour réaliser une étude de faisabilité d'un fonds de compensation universel relatif aux coûts inhérents à la déficience ou à la limitation fonctionnelle. Ce fonds, s'il était créé, aurait comme objectif « d'assurer une équité sociale dans la disponibilité et le financement des services nécessaires aux personnes handicapées pour pallier leur perte d'autonomie et pour favoriser leur intégration sociale indépendamment de la source de leur handicap » (DBSF : 1). La compensation du revenu ne faisait pas partie du mandat de cette recherche. La COPHAN considérait

cette question tout aussi importante, mais pour des raisons stratégiques et budgétaires, la priorité allait à la réflexion sur les façons d'améliorer la compensation pour les coûts supplémentaires.

2.2.1 Les coûts d'un régime universel de compensation des besoins spéciaux

Le premier rapport du Groupe DBSF fait 74 pages, et il est divisé en cinq chapitres :

- description des clientèles visées,
- profil socio-économique de la clientèle handicapée et son évolution prévisible,
- besoins spécifiques de la clientèle,
- régimes publics et privés assurant une protection,
- estimation des coûts d'un régime de compensation pour les personnes handicapées partiellement couvertes et non couvertes par les régimes existants.

Les données utilisées dans ce rapport sont, pour l'essentiel, celles de l'*Enquête postcensitaire sur la santé et les limitations d'activité* (ESLA) réalisée par Statistique Canada en 1986. Des entrevues individuelles ont aussi été entreprises afin de mieux identifier les besoins spéciaux auxquels les personnes handicapées devaient répondre pour pallier leur perte d'autonomie. Les besoins étant déterminés, on s'est ensuite chargé d'estimer les sommes nécessaires pour faire en sorte que les personnes handicapées n'aient plus à défrayer elles-mêmes le coût de leurs besoins spéciaux. Le but explicite était de faire en sorte que les services visés par le Fonds de compensation universel soient comparables à ceux prévus dans des régimes publics tels ceux administrés par la CSST ou la SAAQ.

Le rapport insiste sur le fait que malgré une panoplie de programmes leur étant destinés, une proportion non négligeable de personnes handicapées (49 %) doivent assumer des frais supplémentaires liés à leur condition. Les régimes publics les plus généreux couvrent quatre groupes de personnes : les accidentés du travail, les accidentés de la route, les victimes d'actes criminels et les anciens combattants (voir le chapitre 1 de la première partie de ce rapport pour plus de détails). À l'extérieur de ces

programmes, il resterait donc encore beaucoup de chemin à parcourir afin d'éliminer les frais supplémentaires rattachés à l'invalidité.

On a évalué que le coût pour la mise en place d'un fonds de compensation couvrant complètement les besoins spéciaux des personnes handicapées, insuffisamment compensées par les régimes publics existants, aurait été de 159 millions de dollars en 1991 pour le gouvernement du Québec (164 millions de dollars si on inclut les personnes vivant en institution). Ce montant constitue une évaluation réalisée à partir des données de l'*Enquête postcensitaire sur la santé et les limitations d'activité* de 1986, données complétées par des entrevues avec des personnes handicapées et des représentants de différentes organisations actives auprès de ce groupe. Selon les prévisions actuarielles, le coût pour couvrir correctement les besoins spéciaux assumés directement par les personnes handicapées aurait atteint 389 millions de dollars en 2001.

2.2.2 Les modalités de fonctionnement du régime

À l'automne 1992, la COPHAN entreprenait la phase II de l'étude de faisabilité du fonds de compensation universel pour les besoins spéciaux des personnes handicapées. Elle confiait aux mêmes chercheurs le soin de déterminer plus précisément les modalités administratives de ce nouveau fonds dont les coûts avaient été calculés à la phase I. Le résultat de ces travaux est constitué de trois études :

- volet 1 : Les critères d'admissibilité et les normes de couverture,
- volet 2 : Le mode de financement,
- volet 3 : Le mode d'administration du fonds de compensation.

Cet exercice avait pour but de compléter le travail déjà réalisé dans la phase I. En effet, le premier rapport ne traitait pas des arrangements administratifs nécessaires au bon fonctionnement d'un tel fonds de compensation. Les clientèles n'étaient pas encore très bien identifiées et la question cruciale des sources de financement de ce nouveau programme était restée sans réponse.

Le premier volet fait la nomenclature des différents programmes publics et de la couverture offerte pour les besoins spéciaux de toutes sortes qui vont de l'aménagement de la résidence principale aux soins de réadaptation de tous genres. On souligne la grande disparité des besoins couverts selon les programmes et on conclut sur un certain nombre de principes qui devraient orienter le choix des dirigeants politiques dans le futur :

a) Principes généraux :

- le droit pour la personne handicapée d'avoir accès à des ressources qui répondent à ses besoins spéciaux essentiels et nécessaires à son autonomie ainsi qu'à son intégration scolaire, professionnelle et sociale ;

- l'harmonisation essentielle entre les différents régimes qui permet de respecter les droits des prestataires tout en s'assurant qu'il n'y ait pas dédoublement de services ;

- un fonds de compensation qui, tout en répondant aux besoins essentiels à son intégration, favorise l'autonomie, l'initiative et l'entraide ;

- l'équité, l'uniformité et la rigueur qui doivent être des valeurs recherchées dans l'établissement de critères d'admissibilité ou de normes de couverture.

b) Principes liés aux critères et aux normes de couverture :

- la nécessité que chaque personne ayant une incapacité dispose d'un plan de services individualisé afin d'assurer la complémentarité des ressources et des programmes ;

- la nécessité d'une évaluation et d'une estimation réelles des besoins liés à l'incapacité ;

- la nécessité d'obtenir un certificat d'un professionnel de la santé ;

- la nécessité d'établir des barèmes de prix relatifs aux besoins spéciaux qui profitent de l'économie d'échelle, en les centralisant.

c) Catégories de besoins à couvrir :

- besoins reliés à la santé ;
- besoins domestiques et de la vie quotidienne ;

- besoins relatifs à l'emploi.

Le second volet de la recherche examine un certain nombre d'hypothèses de financement du fonds universel de compensation. On souligne que puisque les principes d'assurance individuelle et collective ne peuvent pas s'appliquer dans de tels cas (cela reviendrait à faire payer aux personnes handicapées non couvertes une prime identique aux coûts des besoins spéciaux qu'elles rencontrent), il faut, en toute équité pour les personnes ayant une incapacité, que le fonds consolidé du revenu participe directement au financement de cette politique.

d) Principes retenus :

- l'admissibilité aux prestations serait définie uniquement par des critères d'admissibilité reliés à la gravité et à la permanence de la déficience ou des limitations ;

- le montant des prestations pour couvrir les besoins spéciaux ne devrait pas être relié aux revenus d'emploi ;

- les prestations du fonds de compensation universel ne seraient soumises à aucune enquête sur les ressources financières du réclamant et elles ne seraient pas ajustées en fonction de ses ressources financières.

Différentes avenues sont explorées quant au financement, et les rédacteurs du rapport ont cherché une façon d'assurer la permanence et la stabilité des revenus annuels de ce fonds qui serait équitable pour l'ensemble des contribuables. Afin, notamment, de tirer le meilleur profit de l'assiette fiscale, on privilégie la diversité des sources de financement. Il serait donc préférable que le mode de financement s'alimente à au moins deux des sources suivantes :

- une taxe spéciale pour les entreprises (avec possibilité de réduction pour celles qui embauchent des personnes handicapées) ;

- une contribution spéciale des contribuables ;

- une taxe sur les primes d'assurance des personnes.

Pour des raisons stratégiques, il fut jugé important que le fonds ait une dotation autonome et qui soit la moins dépendante possible des contraintes politiques et économiques comme le sont les crédits budgétaires discrétionnaires des ministères.

Le troisième et dernier volet de cette deuxième phase de la recherche précise un certain nombre de modalités d'organisation de ce fonds de compensation universel. Deux formules principales sont retenues pour examen : le « guichet unique » et l'« organisme de services parapluie ».

Le « guichet unique » a pour mission « de s'assurer que la personne handicapée soit traitée de façon comparable, peu importe la cause de la déficience physique ou intellectuelle et cela, en défrayant ou en remboursant tous les coûts de services spéciaux prévus au plan de services individualisé (PSI) élaboré pour une personne handicapée admissible ».

Rappelons les principales tâches que cette entité aurait à remplir :

- préparer, émettre et maintenir à jour des lignes directrices relatives aux éléments suivants :

    - l'admissibilité au fonds de compensation ;
    - les besoins spéciaux couverts ;
    - la préparation de plans de services individuels ;
    - les frais (prix) acceptables pour satisfaire les besoins spéciaux ;
    - le processus de paiement ou de remboursement ;

- vérifier, faire amender et approuver les plans de services individuels ;

- recevoir et administrer les sommes reçues annuellement des instances gouvernementales ;

- émettre à la personne handicapée les paiements ou remboursements des dépenses encourues dans la réalisation de son plan de services individualisé ;

- maintenir à jour un répertoire d'organismes ou entreprises susceptibles d'aider la personne handicapée et transmettre cette information sur demande ;

- maintenir à jour la connaissance des besoins couverts par les autres programmes gouvernementaux afin d'assurer l'équité du fonds de compensation avec ceux-ci.

Notons qu'il s'agit d'un mandat plus restreint que celui de « l'organisme de services parapluie » qui doit, « prendre les moyens pour que la personne handicapée admissible obtienne gratuitement et de façon satisfaisante les services spéciaux prévus au plan de services individualisé préparé à son intention ». L'organisme de services parapluie reçoit donc un mandat beaucoup plus large. Il doit aussi :

- s'assurer des normes de qualité et de structure pour être un fournisseur accrédité de services ;

- solliciter (ou accepter les candidatures) des organismes ou entreprises pour satisfaire les besoins spéciaux prévus au PSI de la personne handicapée et négocier la qualité de services ainsi que les tarifs ou prix les plus économiques possibles ;

- diriger la personne handicapée vers les fournisseurs choisis pour actualiser son PSI ;

- maintenir à jour la connaissance des besoins couverts par les autres programmes gouvernementaux afin d'assurer l'équité du fonds de compensation avec ceux-ci ;

- vérifier la qualité des services rendus et émettre les paiements appropriés aux fournisseurs ;

- au besoin, diriger la personne handicapée non admissible au fonds de compensation vers l'organisme ou service auquel elle est admissible ;

- maintenir un rôle de sensibilisation eu égard aux besoins spéciaux de la personne handicapée auprès des autres organismes, des entreprises et de la population en général.

En conclusion, les rédacteurs du document indiquent leur préférence pour le second modèle, « l'organisme de services parapluie », même s'ils sont conscients que sa réalisation est nettement plus ambitieuse. Ils mentionnent également que ce nouvel organisme pourrait aussi bien être privé, parapublic ou encore public, puisque son financement serait entièrement autonome. Pour des raisons stratégiques, il est primordial, selon les rédacteurs de ce rapport, que le fonds soit pleinement capitalisé afin de le mettre à l'abri des contraintes politiques et budgétaires dont souffrent trop souvent les crédits des ministères. Dans le cadre de nos propositions apparaissant aux chapitres 4 et 5 de cette seconde partie, nous indiquerons pourquoi cette idée d'un financement autonome, attrayante en théorie, ne peut être retenue.

2.3 Rapport sur la compensation des coûts supplémentaires au Québec (1999)

Soucieuse de relancer la réflexion sur la compensation équitable, l'OPHQ s'est associée, en 1998, au Conseil québécois de la recherche sociale afin de lancer un appel d'offres à la communauté des chercheurs intitulé « Analyse des modèles de compensation des coûts supplémentaires entraînés par les déficiences, les incapacités et les situations de handicap ». L'objectif principal de l'OPHQ était de « relancer ce débat » pour en faire l'un de ses objectifs prioritaires. Une recherche devrait donc être réalisée sur les mécanismes possibles de compensation équitable pour les personnes ayant une incapacité. On prévoyait alors que les principaux résultats de cette recherche seraient présentés dans un colloque en mars 1999 pour échanges et débats avec les différents partenaires de l'OPHQ. Le mandat pour cette recherche a été accordé à une équipe de sept personnes dirigées par Patrick Fougeyrollas, chercheur principal à l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec.

2.3.1 L'évaluation générale des modes actuels de compensation

Le rapport fait en tout 144 pages et il est divisé en quatre parties :

I : Problématique de la couverture des coûts supplémentaires,
II : La situation internationale de la sécurité sociale,
III : L'indemnisation des incapacités au Québec,
IV : Réorganisation de la compensation des coûts supplémentaires au Québec : propositions, discussions et réflexions.

La première partie présente les principales difficultés des régimes d'indemnisation actuels : « On a souligné entre autres que les mesures et les programmes existants forment un ensemble hétéroclite juxtaposé de façon irrationnelle et que le système de protection est inéquitable, inefficace et désincitatif pour le travail et la réadaptation […] » (Fougeyrollas : 11). On ajoute que les mesures apportées varient selon la cause, l'âge ou le revenu des personnes et, dans plusieurs cas, ils ne couvrent qu'une partie des besoins particuliers. Les démarches administratives pour accéder aux services sont souvent longues et frustrantes, et plusieurs mesures comme la sécurité du revenu sont considérées comme franchement désincitatives à l'emploi. Au Québec seulement, il existerait, selon les rédacteurs du rapport, au moins 150 programmes destinés aux personnes ayant des incapacités qui restent, entre eux, assez mal intégrés.

Le deuxième partie présente, sans prétendre à l'exhaustivité, certains traits importants des régimes d'indemnisation dans les pays suivants : la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, la France, le Royaume-Uni, la Suède et l'Australie. Il ressort clairement deux conclusions de ce survol international. Tout d'abord, le « modèle travail » qui consiste à lier les mécanismes de compensation à la présence active sur le marché du travail, continue de conditionner l'admissibilité à des compensations importantes et de longue durée. En effet, dans la plupart des pays étudiés, le fait d'occuper un emploi stable et bien rémunéré constitue le facteur clé pour obtenir un niveau de compensation acceptable. Ensuite, il n'existe pas vraiment de régime qui offre une compensation équivalente pour la maladie et les accidents (l'Australie est présentée comme un exemple où cet écart est moins important). La Nouvelle-Zélande, qui est souvent considérée à l'avant-garde puisqu'elle assure à tous ses citoyens une indemnisation sans égard à la faute depuis 1974, n'est elle-même jamais allée aussi loin : son

système couvre uniquement les accidentés et non les incapacités découlant d'une maladie ou d'une malformation congénitale.

La troisième partie du rapport Fougeyrollas présente à grands traits le système d'indemnisation québécois en insistant sur les nombreuses disparités (les auteurs parlent d'« iniquités ») que l'on y retrouve. Les écarts entre les indemnités ou les services varient selon la cause de l'incapacité, le statut des personnes, les régions, le type d'incapacité, etc. Cette situation n'est pas unique au Québec. Selon les auteurs, de tels écarts se retrouvent partout dans le monde dans un contexte politique de plus en plus favorable aux coupures dans les programmes sociaux. Cette situation amène les auteurs à conclure à la nécessité de repenser en profondeur le système actuel de compensation des coûts supplémentaires afin d'éliminer toutes ces formes de disparités n'ayant pas leur raison d'être.

2.3.2 Les trois scénarios retenus par le rapport

Le rapport Fougeyrollas propose une réorganisation complète de la façon dont les personnes ayant des incapacités au Québec sont indemnisées. En fait, trois scénarios de solution sont proposés, mais le deuxième et le troisième constituent essentiellement des variantes du premier scénario qui demeure le seul capable, aux yeux des signataires dudit rapport, de répondre convenablement à l'objectif de l'équité dans la compensation à l'égard de toutes les personnes ayant une incapacité.

Pour l'essentiel, le premier scénario porte sur la création d'un « régime universel qui assure le remplacement du revenu et la compensation des coûts supplémentaires pour toute personne qui a des déficiences ou des incapacités temporaires ou persistantes ou qui vit des situations de handicap » (p. 89).

Pour financer ce nouveau programme universel, on opte pour la fusion de tous les programmes publics et privés de compensation dans un seul organisme public chargé dorénavant de l'indemnisation. Cette instance aurait « la responsabilité d'établir et d'actualiser la liste des biens et des services assurés, les mécanismes d'allocation des ressources et de dispensation des services, etc. » (Fougeyrollas : 90). Ce programme

serait financé à même les ressources des anciens programmes fusionnés et il permettrait une indemnisation sans égard à la cause, l'âge, le revenu et la faute. Une diminution importante des coûts administratifs (gestion des programmes, poursuites judiciaires, récupération d'une partie du coût des assurances privées) pourrait en découler ainsi qu'une réduction des délais d'attente. « L'essence du régime visé consiste tout d'abord à mettre en place une structure administrative et décisionnelle plus efficiente » (Fougeyrollas : 92). Le programme aurait pour but d'assurer à tous les citoyens du Québec ayant une incapacité l'accès à une gamme de biens et de services et un remplacement du revenu aussi complet que possible. Nous commenterons plus en détail ce scénario dans le chapitre 3 de la présente partie de notre rapport.

De moindre envergure, le scénario 2 propose de s'adresser uniquement à la compensation des coûts supplémentaires. Il recherche aussi la fusion de tous les programmes qui possèdent des volets réservés à cette fin (SAAQ, CSST et IVAC) pour permettre l'uniformisation des indemnités : « La couverture des coûts supplémentaires est universelle, elle implique la fusion des clientèles actuellement cloisonnées et l'établissement d'une caisse unique et elle est harmonisée à la hausse avec celle qui est présentement assurée par la CSST, la SAAQ et l'IVAC » (Fougeyrollas : 95). Le financement serait assuré par l'imposition des activités à risques élevés (comme pour tous les autres scénarios), la part du budget déjà consacrée par les programmes impliqués dans la compensation des coûts supplémentaires et un éventuel recours aux fonds publics.

Le troisième scénario s'adresse uniquement aux personnes qui ne sont pas couvertes par les programmes de la SAAQ, de la CSST et de l'IVAC. Le but recherché est de fournir une compensation des coûts supplémentaires comparable à ces programmes qui demeureraient cependant intacts. Ce programme de « mise à niveau », beaucoup plus spécifique que les deux premiers, est très semblable au fonds de compensation universel de la COPHAN présenté plus haut. Il permet, malgré tout, une certaine uniformisation des compensations et une rationalisation des programmes. Le financement proviendrait essentiellement des fonds publics, et l'objectif central serait d'atteindre la parité avec les programmes gérés par la SAAQ ou la CSST.

Le rapport Fougeyrollas a reçu une certaine attention des milieux associatifs lors de sa sortie et il est devenu incontournable pour notre propre travail de réflexion. Nous aurons l'occasion d'en discuter plus en profondeur au chapitre suivant. Disons simplement que sur plusieurs points, nous partageons sa conception de la compensation équitable sauf en ce qui concerne l'idée de prendre pour modèle les programmes assuranciels publics. Le rapport Fougeyrollas pose aussi, et surtout, des difficultés pratiques à notre avis insurmontables à court et moyen terme. L'alternative que nous proposons aurait le mérite d'être à la fois plus réaliste du point de vue budgétaire, mais aussi plus juste à long terme.

CHAPITRE 3 – Évaluation critique de divers scénarios

Les principes de la compensation équitable exposés dans le premier chapitre vont nous amener à faire des propositions précises, visant à améliorer le système d'indemnisation des personnes handicapées présentement en vigueur. Ces propositions seront exposées dans les chapitres quatre et cinq de cette seconde partie. Toutefois, avant d'en arriver là, il nous est apparu essentiel de présenter certains scénarios retenus dans des rapports antérieurs et d'en exposer les forces et les faiblesses. Ces scénarios ont tantôt une vocation universelle (section 1), alors qu'ils se limitent parfois à certaines causes d'incapacité ou à certaines catégories de personnes invalides (section 2). Dans une dernière section, nous résumerons les motifs qui nous font rejeter l'idée d'une fusion des régimes d'assurance présentement en vigueur au Québec.

3. Mise en place d'un régime universel de compensation des besoins spéciaux et du revenu

3.1 Actualité de la revendication

Parmi toutes les solutions visant à modifier le système actuel d'indemnisation des personnes handicapées, la mise en place d'un régime universel de compensation est certainement la plus attrayante. Elle entraînerait la fin des disparités et des iniquités existant à l'heure actuelle entre les diverses catégories de personnes handicapées, tout en assurant une meilleure intégration dans la société québécoise. Que l'incapacité résulte d'un accident ou de la maladie, seules seraient examinées les conséquences physiques, économiques ou encore sociales pour la personne, sans s'attarder à la cause de cette incapacité.

Ces dernières années au Québec, le rapport Fougeyrollas s'est fait le principal défenseur d'une telle proposition, mais on retrouve dans les trois rapports produits pour la COPHAN un même attrait pour un régime universel, en ce qui concerne la compensation des besoins spéciaux. Même si notre conception de la compensation équitable se rapproche sur de nombreux points de celle exprimée dans ces rapports, nous ne croyons cependant pas que la voie d'avenir résulte dans l'introduction à court terme d'un tel régime.

3.2 Mise en contexte juridique

Comme nous l'avons expliqué dans la première partie de ce rapport, le droit s'est toujours intéressé à circonscrire et à aménager des mesures adéquates de compensation pour la victime d'un fait de l'Homme. À côté de cela, les coups du sort pouvant entraîner des préjudices comparables, telle la maladie, demeurent généralement en dehors de cette logique de compensation, puisque aucun responsable ne peut être identifié et aucune règle de nos « codes de conduite sociale » n'a été enfreinte par un individu en particulier. Il résulte de cela que l'obligation de compenser

l'incapacité découlant d'une maladie repose sur des principes juridiquement moins contraignants, tels la solidarité sociale et l'équité.

La situation qui existait en Grèce antique est tout à fait représentative de cette réalité. Dans son ouvrage intitulé *Les lois*, Platon nous indique que la personne qui veut tuer sa victime, mais ne réussit qu'à la blesser doit payer la totalité du dommage causé, ce qui inclut le « dommage esthétique » (Platon est d'ailleurs l'inventeur du concept juridique de préjudice esthétique). On retrouve ici l'idée qui sous-tend encore aujourd'hui le régime de responsabilité civile édicté par le Code civil du Québec, en vertu duquel une personne doit réparer toutes les conséquences de sa conduite fautive.

À la même époque, il existe à Athènes une institution appelée « assistance aux invalides » en vertu de laquelle le trésor athénien peut accorder deux oboles par jour à un invalide, à condition que son incapacité l'empêche de travailler et que ses avoirs personnels ne dépassent pas la valeur de trois mines d'argent. Cette somme de deux oboles, qui correspond à la moitié du salaire journalier d'un soldat, vise à permettre à l'invalide de se nourrir et de se loger. Un auteur belge a bien fait ressortir « l'analogie de cette institution avec les œuvres modernes de secours [aide de dernier recours] : 1- conditions de revenus et de propriété du bénéficiaire ; 2- versement d'une rente et non d'un capital ; 3- détermination d'une valeur fixe qui est due ou non alors qu'en droit commun la valeur change d'après l'importance des lésions » (Geerts : 21). Encore ici, la ressemblance est frappante avec le régime québécois actuel de l'aide sociale.

Les choses ont certes évolué au cours des 24 derniers siècles : la naissance de l'assurance responsabilité et le passage d'une responsabilité individuelle à une responsabilité collective dans les domaines les plus à risque tels les accidents d'automobile en sont des exemples. On se rapproche donc lentement d'un régime universel de compensation, fondé sur une idée de collectivisation du risque. Toutefois, nos systèmes de compensation demeurent largement inspirés de ce qui existait dans la Grèce antique : la différenciation des mesures d'indemnisation offertes selon que l'incapacité résulte du fait de l'Homme ou d'un coup du sort n'a jamais été totalement abandonnée. Quelques exemples suffiront à étayer cette affirmation :

- Un bébé est gravement blessé lors de sa naissance en raison d'une mauvaise manœuvre du médecin en charge de l'accouchement : tous ses besoins spéciaux, ses pertes salariales (entre 18 et 65 ans) et ses pertes non pécuniaires seront à la charge du médecin fautif (en fait, de son assureur), ce qui représente des indemnités de plusieurs millions de dollars. Si ce même enfant naît avec une malformation congénitale importante, la compensation monétaire pour sa déficience se limitera à une allocation pour enfant handicapé jusqu'à l'âge de 18 ans (119 $ par mois) et à une allocation supplémentaire pour contrainte sévère à l'emploi de 243 $ par mois, entre 18 et 65 ans, dans l'hypothèse où il demeure prestataire de l'aide sociale. Ses besoins spéciaux, quant à eux, seront couverts sous réserve des ressources budgétaires disponibles dans les différents programmes gouvernementaux existants.

- Un adulte est affecté de graves séquelles à la suite de la réception d'un vaccin, dans le cadre d'un programme d'immunisation : des indemnités semblables à celles prévues pour les victimes de la route lui seront accordées en vertu de la Loi sur la santé publique. Si ce même adulte est frappé par la bactérie mangeuse de chair, les prestations seront limitées à celles exposées ci-dessus pour l'enfant né avec une malformation congénitale.

On pourrait continuer les exemples de ce genre à l'infini, avec une même constante : le système d'indemnisation est en règle générale beaucoup plus généreux pour la victime du fait de l'Homme (faute du médecin, administration d'un vaccin) que pour la victime d'un coup du sort. Changer ce système est certes concevable mais cela représente une modification fondamentale des règles qui gouvernent depuis des siècles l'organisation de nos sociétés. Un secteur d'activité économique important (les assurances) est bâti autour de ce principe séculaire de différenciation selon l'origine de l'incapacité.

Un pas de géant a été accompli au cours du XX^{e} siècle, où les systèmes de droit les plus avancés ont abandonné la logique de responsabilité individuelle pour la remplacer dans certains secteurs par celle, plus efficace et plus équitable, de responsabilité collective. Toutefois, on notera que le point commun de tous ces régimes a été

d'améliorer le sort des victimes du fait de l'Homme et de laisser les accidents de la nature en dehors de leur champ d'application. Que l'on examine les régimes d'indemnisation des accidents du travail, de la route ou des accidents médicaux évitables, et l'on remarque que l'activité humaine est toujours à l'origine du préjudice subi. En fait, la principale avancée de ces régimes tient à la compensation de tous les accidents, qu'ils résultent du fait d'un tiers ou de celui de la victime elle-même (sa propre faute). La mise en veilleuse de la notion de faute ne peut toutefois aller jusqu'à l'abandon du lien qui unit chacun de ces régimes d'indemnisation à une activité humaine particulière, puisque leur financement est assuré par ceux qui sont susceptibles de causer un préjudice. Ces régimes ont été conçus pour compenser les victimes d'une activité ciblée et non dans une optique d'universalité de la couverture offerte.

Cette nécessité de relier le préjudice subi à une activité humaine déterminée explique que les hypothèses de *maladies* soient rarement visées par ces régimes, puisqu'elles sont généralement le fait de la nature et non de l'Homme. La preuve d'un lien direct entre la maladie et l'intervention humaine est beaucoup plus difficile à faire qu'en cas de blessure, ce qui se répercute sur le nombre de victimes indemnisées. On n'a qu'à penser aux personnes ayant reçu un vaccin et qui éprouvent par la suite des problèmes de santé : la difficulté de relier ces problèmes à la réception du vaccin explique que leur demande d'indemnisation soit généralement rejetée par la Direction de la protection de la santé publique (voir la section 3.3 du chapitre 1 de la première partie). La même situation existe en matière de maladies professionnelles qui, bien que visées par le titre même de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, ne représentent qu'une infime partie des cas de lésions professionnelles acceptées par la CSST (en 2002, 4 971 réclamations pour maladies professionnelles ont été acceptées par rapport à 132 485 réclamations résultant de blessures). Dans le cadre d'un régime de compensation relié à la cause du préjudice, il est tout à fait normal que la maladie soit plus difficile à relier à une activité humaine précise qu'à une simple blessure.

Cette dichotomie « fait de l'Homme/fait de la nature » ou encore « accident/maladie » est tellement ancrée dans nos sociétés qu'elle se traduit par des situations absurdes

d'un strict point de vue de la responsabilité civile. La majorité des États possèdent un régime d'indemnisation pour les victimes d'actes criminels ou d'actes de terrorisme. Pourtant, comment soutenir ici que l'État est *responsable civilement* des agissements de « ses » criminels potentiels ? Pourrait-on imaginer qu'une victime poursuive l'État devant les tribunaux en alléguant que celui-ci est responsable de l'acte commis par un de ses membres les plus délinquants ? À la limite, on pourrait lui reprocher d'avoir trop hâtivement remis en liberté un criminel dangereux : la responsabilité découlerait alors de cette décision et non de la commission de l'acte criminel lui-même. Pourquoi dès lors avoir légiféré pour indemniser les pertes salariales et les mesures de réadaptation requises par la victime d'un acte criminel ? Quelle est la logique qui dicte une solution différente pour la personne victime de la bactérie mangeuse de chair ? Les deux personnes n'ont-elles pas été victimes d'un coup du sort (se trouver sur le chemin d'un bandit ou de la bactérie) ?

La réponse à ces questions, insatisfaisante sur le plan éthique mais représentant fidèlement la réalité, est que toute société se sent davantage responsable des actes posés par ses membres que des mauvais coups du sort. Le facteur « intervention humaine » est le seul qui puisse expliquer une telle différence de traitement.

Bref, la *source* du préjudice a toujours eu une importance majeure quant à la mesure de la compensation accordée à la victime. C'est ce qui permet de dégager les constantes suivantes, observables partout à travers le monde :

- les systèmes d'indemnisation reliés à des activités humaines précises sont toujours plus généreux que les régimes de compensation sans égard à la cause. Pour le Québec, c'est ce qui ressort d'une simple lecture des chapitres un et deux de la première partie de ce rapport ;

- aucun régime de compensation sans égard à la cause ne compense intégralement le revenu perdu par la victime. Les prestations sont généralement établies sur une base uniforme (exemple du régime d'aide sociale) et suivant une certaine

modulation lorsque la victime a contribué par une cotisation particulière au régime en place (exemple de la Régie des rentes) ;

- aucun régime de compensation sans égard à la cause ne compense les pertes non pécuniaires subies par la victime, que ce soit ses douleurs, souffrances, préjudice esthétique ou perte de jouissance de la vie. Ces indemnités sont le propre des systèmes d'indemnisation reliés à une activité humaine déterminée.

En fait, le Québec est victime de sa situation géographique et de sa proximité avec les États-Unis. Notre compréhension nord-américaine de l'indemnisation est en effet tellement exigeante que sa généralisation à *toutes* les victimes est financièrement impossible. La pleine compensation des pertes salariales et une indemnité significative pour les pertes non pécuniaires sont le lot d'une société individualiste, fonctionnant selon le principe de la loterie où l'indemnisation d'une personne ne peut se faire que si la réclamation de centaines d'autres est rejetée. C'est avec cette conception à notre avis « primaire » de l'indemnisation que notre système de droit commun est mis en concurrence, avec les conséquences que cela entraîne pour les régimes collectifs d'indemnisation qui visent à le remplacer.

C'est ce qui explique que les indemnités octroyées en vertu de la Loi sur l'assurance automobile sont en réalité plus généreuses que celles accordées dans la plupart des autres juridictions, même de droit commun. La comparaison avec les indemnités accordées dans des pays tels l'Angleterre, la France, l'Allemagne ou la Suède joue nettement en faveur du régime québécois d'assurance automobile. C'est ce qui explique également que les pays où les écarts entre les indemnités accordées aux victimes d'accidents et de maladies sont plus faibles, comme la Suède, ne traitent pas nettement mieux leurs personnes handicapées que le Québec : simplement, les indemnités versées aux victimes d'accidents étant inférieures aux nôtres, les écarts avec celles accordées aux personnes invalides pour cause de maladie sont moins grands et donc moins susceptibles de générer un sentiment d'injustice de la part de cette dernière catégorie de personnes.

Cette mise en contexte permet de mieux comprendre les difficultés d'ordre budgétaire, éthique, politique et social qui découleraient de l'implantation d'un régime universel de compensation des besoins spéciaux et du revenu. Ce sont ces difficultés que nous allons maintenant exposer plus en détails.

3.3 Difficultés rencontrées par la mise en place d'un régime universel

3.3.1 Difficultés d'ordre budgétaire

Les expériences vécues hors du Québec sont fort instructives sur les difficultés d'ordre budgétaire que suppose la mise en place d'un régime universel de compensation des besoins spéciaux et du revenu.

Dans les années 70, l'État de New South Wales en Australie a mandaté un juriste néo-zélandais, Owen Woodhouse, afin de diriger une vaste étude visant à améliorer les régimes de compensation en vigueur. Le rapport publié en 1974 proposait la création d'un régime d'indemnisation sans égard à la faute et sans égard à la source de l'incapacité (accident ou maladie). Un projet de loi en ce sens fut adopté par le House of Representatives de cette juridiction. Il fut alors soumis pour examen à un comité sénatorial. Un an plus tard, le *Report on the Clauses of the National Compensation Bill* reconnaissait les mérites d'une telle proposition, mais refusait d'y donner son aval dans les termes suivants :

> 1.21 The committee is attracted to many of the principles and aims of the Bill. It is clear that the compensation systems are random in their coverage, often provide inadequate compensation and can give rise to inequities. The committee is concerned that existing social service benefits for sickness are inadequate […]
>
> 1.23 The question which has to be asked, then, is: does the Bill provide an acceptable alternative to the existing systems ? The committee considers, for reasons expressed in later chapters of this report, that there are significant deficiencies in the provisions of the Bill. […] The *principal recommendations are*: […]

> (12) *Sickness.* The committee recommends that the sickness part of the scheme should be reconsidered both with respect to cost and economic practicability.

À la suite de ce rapport, le projet de loi a été retiré du feuilleton. Il fut présenté à nouveau en 1977, à l'initiative d'un député, sous forme de bill privé, mais fut battu à défaut d'appui de la part de la majorité gouvernementale.

Dans les années 80, le régime universel néo-zélandais d'indemnisation des accidents, que nous présenterons dans la section suivante, était généralement accepté par la population qui appréciait son caractère hautement équitable (toutes les victimes d'accidents sont indemnisées à partir de règles uniformes, peu importe la cause ou l'origine de l'accident). En fait, le principal point d'insatisfaction émanait des personnes devenues invalides à la suite d'une maladie, qui comprenaient mal pourquoi leurs pertes de revenus et leurs pertes non pécuniaires n'étaient pas compensées de la même façon que les victimes d'accidents. À partir du moment où un régime universel d'indemnisation sans égard à la responsabilité est mis sur pied, pourquoi continuer à distinguer accidents et maladies ? En 1987, un comité interministériel avait noté les grandes disparités existant entre ces deux sources d'invalidité. À la lumière de ce constat, la Commission de réforme du droit de ce pays fut mandatée pour analyser le problème plus à fond. Dans un rapport publié en 1988, la Commission proposait d'inclure les personnes devenues invalides à la suite d'une maladie dans le champ d'application du régime universel. Dans son budget du 27 juillet 1989, le parti travailliste (Labour Government) au pouvoir annonçait son intention d'appliquer la principale recommandation de la Commission de réforme du droit. La viabilité financière du nouveau régime devint un enjeu électoral, le parti travailliste fut battu un an plus tard par les Conservateurs (National Government) qui créèrent un nouveau comité d'étude : la proposition ne fut finalement jamais adoptée.

Qu'en est-il de la situation québécoise ? Il est relativement facile d'expliquer pourquoi les régimes d'indemnisation des accidents du travail et des accidents d'automobile ont pu être adoptés ici : l'implantation de ces régimes ne nécessitait collectivement aucune injection d'argent neuf. En effet, la pression des règles fondamentales de la

responsabilité civile générait déjà des coûts élevés pour les personnes exerçant une activité humaine donnée. Les employeurs et les propriétaires d'automobiles devaient déjà se prémunir du fait que leur activité (exploiter une entreprise, conduire une automobile) puisse entraîner un recours en responsabilité civile, de la part d'une victime potentielle. Le marché de l'assurance responsabilité, qui est né avec l'industrialisation au XIX^{e} siècle et est devenu essentiel avec l'arrivée de l'automobile, est justement basé sur cette idée de protection face aux règles traditionnelles de la responsabilité civile. La transformation du régime d'indemnisation s'est donc opérée sans trop d'opposition de la part des créateurs du risque : du versement d'une prime individuelle d'assurance à une compagnie privée, on est passé au paiement d'une cotisation à un organisme étatique d'indemnisation, le plus souvent à moindre coût. En fait, l'opposition est venue principalement de ceux qui tiraient profit de la conservation du système traditionnel de responsabilité civile (avocats, experts en sinistre).

La mise en place d'un régime universel d'indemnisation (accidents et maladies) ne pourrait se faire dans les mêmes conditions, puisque la pression du système de responsabilité civile est inexistante en ce qui a trait aux coups du sort. Procédons avec quelques exemples simples. Dans l'état actuel du droit, les jeunes couples n'ont pas à se protéger par une assurance du fait de la naissance possible d'un de leurs enfants avec une déficience et de la poursuite que ce dernier pourrait exercer contre eux. De même, le propriétaire d'une maison voudra s'assurer des conséquences d'un accident survenu sur son terrain et impliquant l'un de ses voisins, mais il ne songera pas à se prémunir des conséquences d'un anévrisme cérébral dont ce même voisin serait frappé au moment où il lui rend visite. En conséquence, la création d'un régime universel d'indemnisation pour les accidents et les maladies exigerait l'injection d'argent neuf et non un simple transfert de cotisations existantes. Quel serait le niveau de cette contribution nouvelle ? Sans se livrer à des calculs précis, on peut extrapoler à partir de certaines statistiques existantes et ainsi donner une idée de l'ampleur des fonds qui seraient exigés :

- Parmi les 59 151 bénéficiaires de la rente d'invalidité versée par la Régie des rentes du Québec en juin 2003, à peine 6 % d'entre eux étaient devenus invalides à la suite

d'un accident. La maladie occupait de loin le premier rang au titre des causes de l'invalidité. Ces données sont conformes à la situation vécue hors du Québec. Dans une étude publiée en 1994, le professeur Terence Ison établissait que plus de 80 % des décès enregistrés chez les personnes âgées entre 20 et 60 ans résultaient de maladies et non d'un accident (Ison : 10). Plusieurs autres études vont dans le même sens. Or, le régime actuel de rente d'invalidité écarte par définition ceux et celles qui n'ont jamais été sur le marché du travail et est financé par une contribution préalable pouvant atteindre 1 800 $ par année de la part du travailleur, sans compter la cotisation équivalente versée par l'employeur. Peut-on imaginer ce qu'il en coûterait pour étendre un régime de compensation du revenu à toutes les personnes ayant une incapacité importante ? Qui paierait la part des employeurs pour les personnes ayant une incapacité qui sont hors du marché du travail ? Comment fixer la prime pour une personne ayant déjà une incapacité (*v.g.* malformation congénitale) ? Peut-on ajouter que le régime public actuel d'assurance invalidité ne compense que partiellement la perte de revenus et que la « mise à niveau » avec les indemnités de remplacement du revenu versées par la SAAQ et la CSST nécessiterait une hausse significative des cotisations ?

- Le programme d'adaptation de véhicule géré par la SAAQ illustre bien l'importance de la clientèle des personnes handicapées en raison de la maladie. Malgré le grand nombre de Québécois visés par le régime d'assurance automobile (4,6 millions de détenteurs de permis de conduire, tous les passagers d'une automobile, les cyclistes et les piétons) et la fréquence des accidents d'automobile, le programme d'adaptation de véhicule est appliqué à une trentaine de victimes de la route par année. En comparaison, la clientèle du programme « général » passe à 800 personnes lorsque l'on ne distingue plus selon la source de l'incapacité. Pour l'année 2002, le programme « général » d'adaptation de véhicule a entraîné des coûts environ dix fois plus élevés que celui réservé aux victimes de la route. Puisque la SAAQ est le gestionnaire de ces deux programmes depuis 1997, il est facile d'évaluer l'importance de la clientèle des personnes handicapées non visées par les régimes d'indemnisation reliés à une activité précise. À partir des chiffres fournis ci-dessus, on peut imaginer ce qu'il en coûterait pour accorder une indemnité de

remplacement du revenu à cette nouvelle clientèle, alors que la SAAQ consacre environ 45 % de son budget à verser des telles indemnités aux victimes d'accidents d'automobile.

Cette barrière résultant des coûts d'implantation d'un régime universel de compensation n'est évidemment pas le fait exclusif du Québec. Les tentatives australiennes et néo-zélandaises rapportées au début de cette section montrent bien que nos sociétés modernes sont conscientes des disparités importantes qui existent entre les diverses catégories de personnes handicapées. Toutefois, aucune d'entre elles n'a su générer suffisamment de richesse collective pour pouvoir étendre un régime de compensation du revenu aux victimes de maladies en maintenant des niveaux comparables de compensation. Au Canada, on peut citer au moins un rapport fédéral où une telle proposition fut mise de l'avant (*Joint Federal-Provincial Study of a Comprehensive Disability Protection Program*, 1983). Ici comme ailleurs, la proposition n'a jamais eu de suite.

Bref, dans l'état actuel des sommes déjà investies dans les programmes d'aide aux personnes dont l'incapacité relève de la maladie, la mise en place d'un tel système se révélerait beaucoup trop coûteuse pour être financièrement viable. On a soutenu qu'un régime universel pourrait être financé, du moins en partie, par l'« abolition de la poursuite civile pour les dommages corporels [et la] récupération des primes d'assurance privées, collectives et responsabilité pour la part allouée aux dommages corporels » (Fougeyrollas : 94). Le problème est que la menace de poursuites civiles (et donc les primes d'assurance qui s'y rattachent) est quasiment inexistante lorsque l'incapacité résulte non pas d'un accident mais d'une maladie. Or, puisque la maladie est beaucoup plus souvent à l'origine d'une incapacité qu'une blessure, comme nous l'avons établi ci-dessus, on réalise qu'une telle mesure de financement se révélerait nettement insuffisante, personne n'acquittant à l'heure actuelle une prime visant à se prémunir des conséquences d'une maladie dont il serait responsable envers autrui. Il existe bien sûr des situations où l'assurance responsabilité est utilisée pour couvrir des hypothèses de maladie causée à autrui (on n'a qu'à penser au scandale de l'eau contaminée de Walkerton), mais il s'agit là davantage de l'exception qui confirme la

règle. Retenons de ces propos que du point de vue du réalisme budgétaire, ce n'est pas l'universalité qui constitue la principale difficulté, mais plutôt le désir d'en arriver à une couverture semblable à ce qui est offert par les grands régimes publics d'assurance, pour toutes les personnes ayant une incapacité. Nous ne voyons pas comment cela pourrait être possible à court ou à moyen terme. Cependant, l'universalité continue de convenir aux principes de la compensation équitable. Il faut simplement proposer une stratégie plus réaliste du point de vue budgétaire, mais aussi éthiquement plus acceptable.

3.3.2 Difficultés éthiques

Le financement constitue sans aucun doute le principal empêchement à la mise en place d'un régime universel qui compenserait les victimes de maladie de la même façon que les victimes d'un accident, mais il n'est pas le seul. En effet, ce type de projet conçoit généralement que les programmes assuranciels, qu'ils soient privés ou publics, seraient fusionnés à l'intérieur d'un seul régime universel. En plus de soulever des problèmes administratifs de taille, cette approche confond deux objectifs de la politique sociale contemporaine : les assurances et la compensation équitable. Nous avons beaucoup insisté, dans les principes de la compensation équitable présentés au chapitre 1 de cette partie du rapport, notamment les principes III et IX, sur l'importance de ne pas confondre ces objectifs. Nous insistons maintenant sur la nécessité de préserver ces deux formes de compensation puisqu'elles jouent, finalement, des rôles complémentaires.

Les débats sur la compensation équitable des dernières années ont eu tendance à s'associer trop rapidement au modèle de compensation des assurances privées et surtout publiques qui sont, rappelons-le, plus généreux dans la reconnaissance des besoins. L'objectif explicite des propositions comme celles du rapport Fougeyrollas ou encore du rapport de la COPHAN était d'appliquer à l'ensemble des personnes handicapées les mesures de soutien du revenu et de compensation des besoins spéciaux reconnues aux victimes d'accidents d'automobile et du travail. Nous croyons pour notre part qu'il serait erroné de se donner un tel objectif. Les personnes qui ont des incapacités ont, certes, parfaitement le droit de demander une meilleure couverture

de leurs besoins spéciaux et une garantie du revenu plus généreuse. Cependant, il ne faut pas définir les besoins en cherchant à imiter des programmes qui ont une vocation différente de celle poursuivie par la compensation équitable.

Les programmes gérés par la CSST et la SAAQ peuvent bien être publics, ils demeurent des régimes d'assurance qui doivent en premier lieu satisfaire les « besoins » de protection de leurs cotisants, au risque d'être privatisés. La concurrence implicite que ces régimes entretiennent avec des régimes privés potentiels est souvent considérée comme un atout du point de vue de la recherche d'efficience. En contrepartie, ces régimes doivent offrir une gamme de services qui s'apparentent à ce qu'un régime privé pourrait potentiellement offrir afin de demeurer concurrentiel. Il est fort possible, dans cette logique de concurrence tacite, mais bien réelle avec le secteur privé, que ce qui est accordé par ces régimes dépasse parfois ce qui peut être considéré comme « socialement requis » puisque, encore une fois, c'est l'objectif de la « remise dans la situation antérieure » qui prime dans le cadre de ces programmes. Dans ces circonstances et dans le but de respecter encore une fois l'équilibre entre l'équité verticale et horizontale, il vaut mieux ne pas chercher à imiter sans discernement toutes les pratiques de compensation suivies dans ces programmes.

Que ce soit en droit commun ou dans le cadre des régimes étatiques d'indemnisation, l'objectif visé par le droit est de replacer la victime dans sa situation économique antérieure à l'accident. D'une certaine façon, ces régimes reproduisent donc des inégalités (certains diront des iniquités) entre des victimes dorénavant incapables de travailler. Selon que la victime bénéficiait d'un revenu de 20 000 $ ou de 50 000 $ avant son accident, son indemnité pour pertes salariales (ou indemnité de remplacement du revenu) variera de façon significative : pourtant, dans les deux cas, la victime peut avoir subi une atteinte identique à son intégrité physique et être incapable d'utiliser dans l'avenir ses aptitudes et ses capacités antérieures.

Suivant les principes de la responsabilité civile, cette situation peut se concevoir puisque l'on vise à compenser une personne pour un préjudice résultant d'une activité humaine identifiée : c'est la perte d'une capacité *antérieure* de travail que l'on cherche à

indemniser. On a vu, dans la première partie de ce rapport, qu'une personne déjà incapable d'exercer tout emploi au moment de son accident n'aura droit à aucune indemnité pour pertes salariales (en droit commun) ou indemnité de remplacement du revenu (dans les régimes étatiques d'indemnisation). Par définition, la personne handicapée à la naissance ou celle qui le devient avant d'avoir pu accéder au marché du travail (enfant, adolescent) sont donc exclues des régimes d'indemnisation reliés à une activité déterminée. La généralisation de cette règle dans le cadre d'un régime universel de compensation du revenu est susceptible d'accentuer ce problème.

La compensation équitable, de notre point de vue, ne peut pas avoir pour rôle de replacer les victimes d'accidents ou de maladie dans leur situation économique antérieure puisqu'on se trouverait alors à produire des inégalités de traitement injustifiables entre les prestataires. En revanche, la volonté des individus de contracter une assurance afin de maintenir leur niveau de vie constitue un désir tout à fait compréhensible et acceptable. La logique assurancielle individualiste est issue de ce désir. Il faut accepter de garder la porte ouverte, que ce soit dans des régimes privés ou publics, pour le satisfaire adéquatement en s'assurant que les sommes investies dans ces programmes ne proviennent pas de l'ensemble des contribuables, mais uniquement de ceux qui recherchent une telle couverture.

Du point de vue éthique, la compensation équitable, telle que nous la comprenons, ne distingue pas les individus selon la cause de leur incapacité (Principe IV). Son principal mérite est d'offrir des soins, des services et un soutien du revenu sur une base foncièrement plus égalitaire et universelle que les assurances. En revanche, les régimes d'indemnisation comme ceux gérés par la SAAQ ou la CSST ont permis de passer d'une logique de responsabilité individuelle à une logique de responsabilité collective. Du point de vue moral, il s'agit d'un progrès important : les assurés reçoivent aujourd'hui, dans une très grande majorité, une meilleure couverture, et la compensation est beaucoup plus sûre que sous l'ancien régime.

Ces régimes étatiques se rapprochent donc fortement aujourd'hui de l'esprit de la compensation équitable, mais de manière sectorielle. Il pourrait être tentant de lever

cette dernière barrière comme le recommande, entre autres, le rapport Fougeyrollas, mais la perte du point de vue du progrès social serait trop importante : on redistribuerait parmi un très grand nombre de personnes les prestations aujourd'hui accordées à un très petit nombre. La population gagnerait assez peu, mais les assurés y perdraient beaucoup. Leur besoin de se prémunir contre certains risques étant demeuré le même, il y aurait de très fortes pressions pour un retour en arrière vers les assurances individuelles privées, avec toutes les iniquités que leur application suppose.

Bien entendu, on peut toujours espérer qu'une augmentation des ressources publiques offertes à l'ensemble des personnes ayant une incapacité fasse diminuer de manière équivalente l'importance des régimes assuranciels en place. C'est ce qui s'est produit, notamment, dans le domaine de la santé au Québec où les régimes privés occupent une place assez congrue par rapport au régime public. Cela est tout à fait vrai en principe mais il faut garder à l'esprit deux éléments cruciaux. Tout d'abord, il faudra encore beaucoup de temps et d'investissements, notamment du côté de la sécurité du revenu, pour qu'un régime public et universel de compensation pour la maladie et les accidents puisse rivaliser avec les régimes d'indemnisation actuels. Deuxièmement, il faudra toujours maintenir, au nom même de l'équité, une certaine séparation entre les citoyens selon les activités qu'ils exercent. Actuellement, des organisations comme la SAAQ ou la CSST remboursent la RAMQ pour les services dispensés à leurs assurés. Cette pratique devrait être maintenue, sous une forme ou une autre, dans un régime universel pour s'assurer que les conducteurs d'automobiles et les employeurs acquittent une portion plus importante du financement de ce régime en vertu du principe VIII de la compensation équitable, suivant lequel les activités qui représentent un risque plus important doivent contribuer davantage pour résorber leur « coût social ». Ces deux programmes ont le mérite, actuellement, de faire plus que leur part à ce titre, puisqu'ils remboursent en totalité le gouvernement pour les dépenses occasionnées par leurs assurés. Leur maintien et leur autonomie relative ne sont donc pas du tout contraires à l'équité sociale. C'est la couverture universelle s'adressant à tous les citoyens ayant une incapacité qu'il faut maintenant s'efforcer d'améliorer.

3.3.3 Difficultés politiques et sociales

L'idée de fusionner en un seul programme tous les régimes actuels de compensation rencontrerait, finalement, des obstacles majeurs et à notre avis insurmontables du point de vue politique. Il n'y a qu'à penser aux débats soulevés par la mise en place du régime d'assurance automobile au Québec et aux difficultés rencontrées par les politiciens de l'époque pour se faire une idée des réticences que de tels changements peuvent soulever. Pourtant, à première vue, la « nationalisation » de l'assurance automobile faisait l'objet de revendications depuis des années. L'idée jouissait d'un excellent support des spécialistes et de la population en général et, surtout, elle n'entraînait en fait aucun déboursé de la part de l'État qui se contentait simplement de créer un organisme parapublic recueillant des primes auxquelles les automobilistes étaient déjà habitués. Malgré tout, les débats qui ont précédé l'instauration de l'assurance automobile furent acrimonieux et ils demandèrent un assez grand courage politique de la part du gouvernement.

Comparativement à cela, le premier scénario retenu par le rapport Fougeyrollas constitue un chambardement sans précédent dans l'histoire de notre État providence. Les investissements nécessaires seraient colossaux et, malgré tout, il risquerait fort d'y avoir des effets redistributifs adverses. Un nivellement par le haut serait certainement trop coûteux ; un nivellement par le bas serait jugé inacceptable et risquerait de pousser certains groupes à se tourner vers des programmes privés de protection sociale, ce qu'il faut à notre avis éviter pour le maintien d'une solidarité sociale forte entre les assurés d'un même secteur. C'est pourquoi nous appuyons le maintien des principaux programmes assuranciels publics et proposerons des façons de mieux les intégrer aux mécanismes plus universels de la compensation équitable. Certains diront que la division actuelle des clientèles est aussi très néfaste à la solidarité sociale. Les clientèles de la CSST ou de la SAAQ ont leurs propres revendications ainsi que leur propre agenda. Les gains qu'ils recherchent ne sont pas nécessairement transférables à l'ensemble de la communauté des personnes ayant la même incapacité. Cela est vrai, mais il ne faut pas non plus exagérer l'importance stratégique de ces programmes. En définitive, ils couvrent assez peu de personnes parmi l'ensemble des personnes ayant une incapacité et uniquement pour des circonstances précises et assez limitées. Les besoins pour un système de compensation équitable demeurent donc très réels dans la

population. Ce qu'il faut, à notre avis, c'est limiter la multiplication des clientèles et des traitements différenciés sur la base de la cause de l'incapacité. Nous croyons que cela est possible tout en maintenant les acquis importants de la collectivisation du risque qui ont constitué, par le passé, des mécanismes plus équitables de compensation que les mécanismes traditionnels.

L'histoire de l'État providence enseigne que les changements importants, ayant une valeur à long terme, s'effectuent toujours graduellement et en respectant autant qu'il est possible cette règle d'or stratégique : limiter les perdants et maximiser le nombre des gagnants. Une réforme qui ne respecterait pas cette règle simple et pour laquelle la population en général ne comprendrait pas l'intérêt est nécessairement vouée à l'échec. Nous restons favorables à l'universalité, mais on ne doit pas sauter d'étapes : commençons par mettre en place des structures plus unifiées de compensation, qui nous permettront d'atteindre progressivement une meilleure équité sans mettre en péril les progrès plus sectoriels.

4. Examen de scénarios se rapprochant d'un régime universel de compensation

Dans la section précédente, nous avons expliqué pourquoi un régime universel de compensation des besoins spéciaux et du revenu fusionnant tous les programmes publics d'assurance ne nous apparaissait pas une bonne solution au problème posé par la recherche d'une compensation équitable pour les personnes handicapées. Sans aller aussi loin, certains pays ont instauré des systèmes d'indemnisation qui ont amélioré de manière significative la situation de leurs citoyens par rapport au régime classique basé sur la responsabilité individuelle. Même si ces systèmes n'ont pas été retenus par les auteurs de ce rapport, ils constituent des alternatives très respectables qui ont reçu par le passé le support de nombreux analystes. Nous avons donc choisi de les présenter et d'indiquer ensuite les motifs pour lesquels nous les avons malgré tout écartés.

4.1 Le modèle néo-zélandais

4.1.1 Historique

La Nouvelle-Zélande applique depuis une trentaine d'années un régime universel d'indemnisation pour tous les accidents subis sur son territoire. La mise en place de ce système n'a toutefois pas été le fruit d'une volonté politique claire et constante, mais plutôt d'une série de décisions prises à quelques années d'intervalle.

Dans les années 60, l'insatisfaction de la population face à un régime désuet d'indemnisation des accidents du travail a amené la création d'un comité chargé de proposer des améliorations au système en vigueur. Ce comité, présidé par le juge Owen Woodhouse, a déposé son rapport en 1967. À la surprise générale, on y proposait non seulement de bonifier substantiellement les indemnités accordées aux travailleurs salariés, mais également d'étendre leur protection en dehors des lieux de travail (*v.g.* blessure survenue à la maison), tout en ajoutant les victimes d'accidents d'automobile au régime d'indemnisation sans égard à la responsabilité. Ces propositions ont été adoptées par une loi votée en 1972 et qui devait entrer en vigueur deux ans plus tard. Dans l'intervalle, des élections ont amené un nouveau

gouvernement au pouvoir (le parti travailliste) et celui-ci a décidé d'étendre le régime à toutes les victimes d'accidents survenus en Nouvelle-Zélande, alors que la proposition initiale ne visait que les travailleurs et les victimes de la route. Lors de son entrée en vigueur le 1er avril 1974, le régime était financé par trois sources réunies en un régime unique d'indemnisation : les cotisations des employeurs et des propriétaires d'automobiles, ainsi que le fonds consolidé du revenu.

Le régime néo-zélandais a fait l'objet de plus d'une dizaine de lois modificatrices, signe de l'importance du système et des conflits entre ses différents acteurs (cotisants vs victimes, victimes vs organisme d'indemnisation, etc.). Les modifications les plus importantes ont été apportées :

- en 1982, où les employeurs ont obtenu une diminution des coûts qui leur étaient imposés. Jusqu'à cette date, un employeur devait cotiser pour tous les accidents subis par ses travailleurs, qu'ils surviennent au travail, à la maison ou pendant ses loisirs. On a également modifié le système de financement, passant d'un régime pleinement capitalisé semblable à celui des accidents d'automobile au Québec (*fully funded*) à un régime non capitalisé fonctionnant sur une base de déboursés (*pay as you go*) ;

- en 1992, où on a créé des comptes distincts dans le cadre du financement du régime et où certaines indemnités ont été réduites, notamment les indemnités pour pertes non pécuniaires ;

- en 1998, où l'on a accordé aux employeurs la possibilité de s'assurer auprès du secteur privé. Devant les difficultés financières rencontrées par le régime, on a également décidé de revenir à la pleine capitalisation de son financement ;

- en 2000, où la modification principale a consisté à ramener le monopole de l'État comme assureur du régime ;

- enfin, par une loi votée en 2001 et entrée en vigueur le 1er avril 2002 (*Injury Prevention Rehabilitation and Compensation Act*), où une plus grande attention est portée sur la prévention des accidents et les mesures de réadaptation pour les victimes, tout en réintroduisant les indemnités pour atteintes permanentes qui avaient été presque complètement abolies en 1992.

4.1.2 Fonctionnement

On peut résumer le fonctionnement du système néo-zélandais en insistant sur ses caractéristiques fondamentales. La première est qu'il s'agit d'un régime d'indemnisation sans égard à la responsabilité de quiconque. L'identification d'un responsable potentiel ou encore d'une conduite fautive de la part de la victime ne sont plus des facteurs à considérer. Mis à part des hypothèses bien délimitées (suicide, blessure infligée volontairement à soi-même, victime emprisonnée à la suite de l'accident où elle fut blessée, art. 119-121), les indemnités sont octroyées sans que l'organisme d'indemnisation (Accident Compensation Corporation) ne fasse enquête sur les circonstances de l'accident. En corollaire avec cette première caractéristique, la loi abolit toute possibilité de recours civil lorsque l'accident tombe dans son champ d'application. La seule exception concerne les dommages punitifs (*exemplary damages*), qui peuvent être obtenus de l'auteur du préjudice en présence d'une conduite intentionnelle (art. 319). Enfin, il n'est pas inutile de rappeler que tous les accidents sont visés par la loi, sans distinction entre les activités de nature personnelle (accidents survenus à la maison, dans le cadre de la pratique d'un sport) et celles qui résultent d'un risque social (accidents d'automobile et du travail, erreurs médicales).

En raison des modifications législatives apportées en 1998, 2000 et 2001, le financement du régime est artificiellement complexifié selon la date où s'est produit l'accident. En restreignant notre exposé aux accidents survenus depuis le 1er avril 2002, les sources de financement du régime sont :

- les contributions des employeurs pour leurs propres employés, selon un système qui se rapproche de celui de la CSST ;

- les contributions des automobilistes, d'une part lors du renouvellement de leur immatriculation et d'autre part par une taxe spéciale sur l'essence ;

- les contributions des travailleurs autonomes pour les accidents survenus alors qu'ils sont à leur travail ;

- les contributions de toutes les personnes sur le marché du travail, pour les accidents autres que ceux visés précédemment (ex. : accident à la maison, en vacances) ;

- le fonds consolidé du revenu pour les accidents subis par les personnes en dehors du marché du travail (enfants, retraités, adultes sans travail).

On notera qu'un compte particulier est prévu pour les accidents médicaux (*medical misadventure* et *medical mishap*, art. 32-34), mais que son financement est entièrement assuré par les deux dernières sources mentionnées au paragraphe précédent (*earners and non-earners accounts*).

En ce qui concerne les indemnités, la loi fonctionne de façon semblable à nos régimes québécois d'indemnisation des accidents d'automobile et du travail. La victime a donc droit à une couverture médicale complète et sans limite temporelle ou financière, à des mesures de réadaptation physique, professionnelle et sociale (physiothérapie, adaptation du domicile et du poste de travail, etc.), à une indemnité de remplacement du revenu pendant la période où elle est incapable de travailler et à une indemnité pour atteinte permanente à son intégrité physique (*permanent impairment*) visant à compenser les pertes non pécuniaires qui résultent de son accident. En cas de décès, ses proches ont droit à des indemnités qui varient selon leur âge et leur degré de dépendance économique envers le défunt. Les articles 67 à 132, ainsi que l'annexe I de la loi, établissent dans le détail les modalités de l'indemnisation.

4.1.3 Avantages et inconvénients

Le principal avantage du régime néo-zélandais est son caractère hautement équitable pour toutes les victimes d'accidents, qui sont indemnisées à partir des mêmes normes, sans délai et sans avoir à identifier un responsable. Les juristes de tous les pays connaissent bien le *bathtub argument*, en vertu duquel il apparaît inéquitable d'indemniser la personne blessée à la suite de la pratique de certaines activités (travailler, conduire une automobile) et de lui refuser une telle compensation lorsqu'elle se blesse en glissant dans sa baignoire. Le régime néo-zélandais est le seul au monde qui écarte cet argument, en prévoyant une indemnisation identique à ces deux catégories de victimes.

En mettant de côté le système de loterie qui résulte de l'application du régime traditionnel de responsabilité civile, la Nouvelle-Zélande met l'emphase sur la prise en charge rapide de toutes les victimes d'accidents et laisse au système pénal le soin de réprimer les actes jugés socialement inacceptables. Si l'on compare cette situation avec celle vécue dans d'autres juridictions tel le Québec, où la méthode d'intervention législative « à la pièce » crée des disparités importantes dans les mesures de compensation offertes par les diverses lois en vigueur, le régime néo-zélandais donne une image de cohérence et d'intégration entre les différentes mesures de compensation.

Il existe toutefois des inconvénients réels qui résultent de la mise en place d'un régime universel de compensation des accidents. Le premier, et il s'agit là du motif le plus important d'insatisfaction dans la population, est que le régime traite différemment les victimes d'accidents et de maladies. Il est en effet très clair dans la loi que les maladies, sauf les maladies pouvant être reliées à une intervention humaine (travail, administration d'un vaccin, erreur médicale), ne sont pas visées par le régime. L'article 26 édicte qu'en principe, « personal injury does not include personal injury caused wholly or substantially by a gradual process, disease, or infection » (par. 2) et ajoute que cette même notion « does not include (a) personal injury caused wholly or substantially by the ageing process » (par. 4). Il en résulte qu'une personne devenue incapable de travailler à la suite d'un accident aura droit, à titre d'exemple, à une

indemnité de remplacement du revenu, alors qu'une autre placée dans la même situation en raison d'une maladie n'aura pas accès à une telle compensation. Vu de cette façon, on comprend que le régime ne soit pas considéré totalement équitable par une bonne partie de la population. Cela explique la tentative avortée, présentée dans la section précédente de ce chapitre, d'élargir le champ d'application de la loi à toutes les personnes ayant une incapacité.

Un deuxième inconvénient résulte du caractère plus ou moins bien adapté d'un régime de *no fault* à toutes les hypothèses d'« accident ». En matière d'acte prémédité comme les infractions de nature sexuelle (viol, inceste, etc.), la population accepte généralement mal que le principe de l'immunité de poursuite civile puisse jouer. C'est à la suite d'affaires semblables que la loi a été amendée en 1992, afin de permettre explicitement le recours en dommages punitifs (art. 319 de la loi actuelle). On remarque également l'existence de dispositions particulières applicables aux réclamations résultant de la commission d'un acte criminel (art. 21, 121, etc.).

Un troisième inconvénient consiste en l'affaiblissement d'un motif fondamental ayant guidé l'implantation de nos régimes d'indemnisation sans égard à la responsabilité : un risque créé par l'organisation de notre société (le monde du travail, l'automobile) commande une assumation collective de ses conséquences. Or, avec le régime néo-zélandais, les accidents résultant de choix individuels tels la pratique de certains sports dangereux sont pris en charge par la collectivité, ce qui s'écarte de l'idée du risque social.

Un quatrième inconvénient concerne le niveau des prestations accordées par l'organisme étatique d'indemnisation. Dans un contexte où les impôts généraux financent une portion non négligeable du système, il est tout à fait normal que les ressources disponibles soient davantage limitées que dans un régime totalement financé par une catégorie de citoyens (employeurs, automobilistes). Si on prend l'exemple des accidents survenus à la maison qui sont déclarés à l'Accident Compensation Corporation, ceux-ci représentent depuis quelques années plus de 20 % des réclamations nécessitant des déboursés dépassant le remboursement des simples

frais médicaux. On réalise ainsi le poids financier qui en résulte pour l'État, ce type d'accidents ne faisant l'objet d'aucune cotisation préalable particulière. En d'autres mots, l'introduction en 1974 du régime universel d'indemnisation n'a pu se faire par un simple transfert de primes d'assurances (du privé vers le public), comme cela a été le cas pour le Québec en matière d'accidents d'automobile. L'État se voyant obligé d'investir de l'argent neuf dans le nouveau programme, il est naturel que le niveau des indemnités ne puisse pas toujours se comparer à celui de nos régimes d'indemnisation des accidents du travail ou d'automobile. Quelques exemples suffiront à illustrer cette dernière affirmation :

- l'indemnité de remplacement du revenu est fixée à 80 % du revenu brut en Nouvelle-Zélande et est imposable, alors que nos régimes versent une indemnité non imposable correspondant à 90 % du revenu net de la victime ;

- les pertes non pécuniaires sont limitées à 100 000 $ (et encore ce montant maximal n'est-il prévu que depuis le 1er avril 2002, après avoir été abrogé par une loi de 1992). En comparaison, la SAAQ peut accorder jusqu'à 187 712 $ à la victime d'un accident d'automobile devenue paraplégique ;

- les modalités d'application de certains programmes, notamment l'adaptation de véhicule, sont plus restrictives dans le cadre du régime néo-zélandais.

On peut mesurer les conséquences de cette situation lorsque survient un accident médiatisé, mettant en cause des victimes innocentes dont le capital de sympathie est élevé parmi la population. C'est ce qui s'est passé dans une tragédie (*The Cave Creek affair*) où un groupe d'étudiants d'une école polytechnique ont été tués ou blessés dans l'écroulement d'une partie d'un immeuble gouvernemental. À la suite d'une enquête publique et d'une controverse ayant duré plus de deux ans, l'État a accepté de payer des indemnités plus élevées que ce que prévoyait le régime universel d'indemnisation. Cela a amené un observateur à conclure :

> The Cave Creek affair revealed the unsightly existence of a three track system: high levels of compensation for those involved in « national »

> tragedies; moderate levels of payments for those involved in purely « personal » tragedies where the behaviour merited special punishment [prestations de l'ACC plus octroi de dommages punitifs]; and low levels of statutory compensation for those who are unfortunate enough to be in an « ordinary accident » of the run-of-the-mill sort. All of which seems highly undesirable if one's focus is, as the original 1967 Woodhouse report was focused, on removing the forensic lottery and ensuring that all victims were properly rehabilitated » (Geoff McLay, « Book Reviews: The Law of Torts in New Zealand », (1997) 27 VUWLR 375, p. 380)

Il ne faut toutefois pas exagérer l'importance de ces derniers inconvénients. Le système néo-zélandais indemnise mieux ses victimes d'accidents que la majorité des autres juridictions, ne serait-ce qu'en raison du fait qu'il les indemnise toutes. L'implantation d'un tel système au Québec est cependant rendue plus difficile par le niveau des indemnités présentement versées à nos victimes, que ce soit en vertu des règles du droit commun ou des régimes d'indemnisation sans égard à la responsabilité. On en revient ici à un aspect développé dans la section précédente consacrée à l'environnement juridique dans lequel évoluent nos régimes d'indemnisation : notre régime traditionnel de responsabilité civile a adopté une compréhension très large de la notion de « réparation intégrale du préjudice », héritée de nos voisins anglo-saxons. Cette compréhension ambitieuse a un effet d'entraînement sur nos régimes d'indemnisation sans égard à la responsabilité, placés en concurrence avec le système de droit commun qu'ils remplacent. Chercher à généraliser ces régimes d'indemnisation à tous les accidents nécessiterait une injection considérable de fonds de la part de l'État.

4.2 Le régime universel d'assurance invalidité

Tel qu'indiqué dans la sous-section précédente, le modèle néo-zélandais a encore aujourd'hui pour principal défaut de ne pas répondre adéquatement au besoin de couverture des incapacités à la suite d'une maladie. Les programmes d'assurance portant sur l'invalidité (nous utiliserons ici la formulation elliptique courante *assurance invalidité*) ont comme premier mérite de ne pas opérer une telle distinction. Ces programmes couvrent leurs assurés tant pour les invalidités reliés à un accident que pour celles qui découlent d'une maladie. C'est la raison pour laquelle ils sont souvent

considérés comme une alternative intéressante dans la recherche d'un mode plus équitable de compensation pour les personnes ayant des incapacités.

4.2.1 Mise en contexte

Au Québec, on considère qu'environ 50 % des travailleurs seraient actuellement couverts par une assurance invalidité. Dans la grande majorité des cas, les primes sont en partie ou en totalité défrayées par les employeurs. L'assurance invalidité se trouve ainsi à faire partie de la gamme des « avantages sociaux » que peut offrir une organisation à ses employés. Les travailleurs autonomes n'ont pas ce privilège, et cela explique en partie le fait qu'ils soient beaucoup moins nombreux que les travailleurs salariés à profiter d'une telle protection.

Les modalités de la protection obtenue varient selon les régimes, mais les assurances offrent en général une indemnisation pour les incapacités à court terme et pour les incapacités à long terme (voir la première partie de ce rapport, chapitre 2, section 1.1 pour les détails). Les pays que l'on considère souvent comme assez généreux à l'égard des personnes handicapées appliquent un modèle où l'on a généralisé cette pratique à l'ensemble des travailleurs et non seulement à la portion des emplois les plus stables et les mieux rémunérés comme c'est le cas au Québec. La Suède, mais surtout les Pays-Bas constituent de bons exemples de juridictions où les assurances invalidité couvrent l'ensemble des travailleurs. C'est la raison pour laquelle, dans ces cas, on peut parler d'une couverture universelle d'assurance invalidité.

La mise en place d'un régime universel d'assurance invalidité a retenu l'attention de groupes de travail tant au Canada (Comité mixte fédéral-provincial sur le système canadien de protection du revenu en cas d'invalidité, 1983) qu'au Québec (rapport confidentiel du Comité interministériel sur un système complet de protection contre l'invalidité au Québec de 1986). Cependant, jusqu'ici, aucune suite importante n'a été donnée à ces rapports. Ces dernières années, les efforts ont été plutôt consacrés à l'amélioration du Régime de pension du Canada et du Régime de rentes du Québec, dans le but de faciliter l'accès aux prestations au plus grand nombre possible de travailleurs. C'est ce qui fait que depuis les années 80, une rente d'invalidité peut être

versée par la Régie des rentes du Québec après une période de seulement deux ans de cotisation. Du point de vue de la stricte logique actuarielle, cette période reste très courte. C'est ce qui fait dire à certains que cette rente d'invalidité se rapproche davantage de la logique de la sécurité du revenu que du modèle des assurances.

4.2.2 Application

Un régime universel d'assurance invalidité peut être réalisé de différentes façons. Si nous partons du fait que près de la moitié des travailleurs sont déjà couverts par une assurance invalidité, l'une des façons d'en arriver à une couverture plus universelle peut être simplement d'obliger les autres travailleurs à se doter d'une telle couverture. C'est ce qu'on a fait aux Pays-Bas dans les années 60.

La proposition de fournir une assurance invalidité à tous les travailleurs ne nécessite pas nécessairement des transformations administratives très importantes. En théorie, l'État pourrait se contenter d'établir un certain nombre de normes minimales et exiger ensuite des employeurs et de leurs employés qu'ils se couvrent adéquatement en recourant à la mutuelle d'assurance de leur choix. Il leur appartiendrait donc de défrayer entièrement les coûts de la police d'assurance. Dans le cas des travailleurs autonomes, on pourrait aussi exiger qu'ils se protègent, mais cela risque d'être beaucoup plus difficile si leurs revenus sont variables et incertains d'une année à l'autre. Il faut rappeler que la première condition de toute assurance est de pouvoir évaluer de manière raisonnable la probabilité du risque afin d'évaluer le coût de la protection.

La stratégie évoquée plus haut a comme grand avantage de ne rien coûter à l'État, qui se contente de réglementer et qui attend du secteur privé qu'il finance entièrement la mesure. Si les choses étaient si simples, on devrait se demander pourquoi il n'existe pas plus de travailleurs couverts par une assurance invalidité. La difficulté vient bien entendu du fait que le groupe de travailleurs que l'on veut désormais protéger fait partie de la frange la moins bien rémunérée et la plus fragile du marché du travail : emplois peu qualifiés, emplois à statut précaire, emplois saisonniers. Comme il y a de fortes chances que ces secteurs d'activités assez fragiles ne réussissent pas à s'organiser convenablement autour de cette nouvelle contrainte, il faut imaginer une intervention

plus structurée de l'État pour atteindre l'objectif final. Cette intervention peut être de deux ordres complémentaires. Tout d'abord, l'État devra probablement accepter de financer en partie la mesure afin de ne pas mettre en danger de survie ces emplois en leur imposant des charges supplémentaires trop lourdes pour leurs capacités. L'État peut aussi se retrouver dans l'obligation de fournir lui-même l'assurance à une partie importante de ces travailleurs si le marché n'est pas en mesure d'offrir un produit concurrentiel, compte tenu d'une plus grande concentration des risques chez les travailleurs de certaines sphères d'activités. C'est d'ailleurs ce qui s'est passé au Québec avec l'assurance médicament, où la difficulté n'était pas de protéger adéquatement les travailleurs qui appartenaient aux secteurs d'activité les plus rentables, mais d'offrir un régime de base à un coût raisonnable à tous ceux qui n'en bénéficiaient pas jusque-là.

Cette deuxième façon de faire nous entraîne nécessairement vers un modèle plus centralisé où l'État joue un rôle déterminant dans la gestion des programmes d'assurance et dans leur financement. Pour assurer à chaque travailleur un niveau de protection semblable et des modalités de gestion similaires, l'État pourrait décider de légiférer pour organiser l'ensemble des assurances invalidité sur son territoire. C'est cette option qui nous rapproche le plus du modèle des Pays-Bas où chaque travailleur, qu'il soit du secteur privé ou public, peut compter sur une assurance qui donne droit, entre autres, à une rente équivalent à 70 % du revenu antérieur dans le cas d'une incapacité totale, et cela, indépendamment de la cause de celle-ci.

4.2.3 Avantages et inconvénients

Comme il a été mentionné au début de cette section, l'assurance invalidité a comme avantage indéniable d'apporter une protection à un niveau généralement très intéressant pour tous les assurés, et cela, sans égard à la cause de l'incapacité. En contrepartie, elle différencie fortement les bénéficiaires selon leur statut, puisqu'elle s'adresse essentiellement à des travailleurs. Les personnes sans emploi ne peuvent pas se qualifier pour une telle assurance. Le mot « universel » s'applique donc aux travailleurs seulement et non à l'ensemble de la population. Dans un contexte où une proportion significative des personnes ayant une incapacité n'a jamais été sur le

marché du travail (malformation congénitale incapacité survenant avant l'atteinte de l'âge adulte), on réalise qu'un tel régime laisse sans protection une partie de la population. Aux Pays-Bas, cela a entraîné la création des composantes « assurances employés » (pour les travailleurs) et « assurances générales » (pour tous les citoyens), où des mesures distinctes de financement ont eu des conséquences pratiques importantes : « la protection qui est offerte aux travailleurs constitue davantage un programme complet (remplacement du revenu et coûts supplémentaires), tandis que les non travailleurs doivent se tourner vers des mesures sectorielles diverses pour couvrir leurs besoins particuliers » (Fougeyrollas : 57). On signalera que les non travailleurs dont l'incapacité est totale et permanente ont droit dans ce dernier pays à une allocation monétaire équivalant à 70 % du salaire minimum, ce qui correspond à notre régime de sécurité du revenu comprenant la prestation de base et l'allocation pour contraintes sévères à l'emploi.

Le type de protection offerte est défini par le revenu antérieur du bénéficiaire : plus celui-ci était élevé, plus la couverture sera importante. La force de l'assurance invalidité se situe donc dans la logique du *remplacement* du revenu plutôt que dans celle de la *garantie* du revenu. C'est pourquoi les rapports qui, par le passé, ont recommandé la mise en place d'une assurance invalidité universelle, ont dû se livrer à une réflexion sur la façon d'assurer une meilleure protection du revenu à l'égard de ceux pour qui le « modèle travail » ne représente pas une solution acceptable. Il faut tenir compte du fait qu'une partie importante des personnes ayant une incapacité sont inactives sur le marché du travail et que même chez les actifs, les revenus tirés de l'emploi sont généralement bien en dessous de la moyenne québécoise. La mise en place d'un programme d'assurance invalidité ne peut donc se faire sans s'assurer d'améliorer les programmes de transferts directs aux nombreuses personnes ayant une incapacité qui se qualifient très mal dans une logique de remplacement du revenu.

Par ailleurs, l'expérience vécue aux Pays-Bas démontre qu'une approche « remplacement du revenu » peut avoir des effets pervers quant à l'incitation au travail. Les réformes législatives de 1987 et 1994 ont eu entre autres pour objectif de changer cette mentalité de dépendance vis-à-vis un système qui créait une situation somme

toute confortable pour la personne ayant une incapacité, en regard de sa situation économique antérieure.

Un autre avantage de l'assurance invalidité universelle est qu'elle se finance directement à partir du lieu de la production de la richesse sociale : le travail rémunéré. Le gouvernement n'a donc pas nécessairement besoin de prélever des impôts additionnels pour financer la mesure. Il peut se contenter d'ajouter une charge supplémentaire qui est directement reliée à un bénéfice, ce qui est généralement mieux accepté par la population que la levée de nouveaux impôts. En contrepartie, un programme d'assurance offrant une couverture semblable à celle que l'on retrouve au Pays-Bas pour l'ensemble des travailleurs impliquerait des dépenses nouvelles et substantielles, localisées principalement dans des secteurs d'activités économiques qui sont déjà très fragiles. La marge de manœuvre pour exiger de nouvelles charges sur ces emplois n'est certainement pas très grande, et le gouvernement sera sensible à ne pas compromettre leur survie.

Une assurance invalidité financée en totalité ou en partie par des employeurs pose un autre problème, cette fois-ci d'équité entre les contribuables. En effet, selon les règles fiscales en vigueur aux niveaux provincial et fédéral, la contribution de l'employeur (par ailleurs déductible de son revenu) n'a pas à être incluse au revenu du *travailleur*, même si ce dernier en bénéficiera au moment de la réception de sa rente de retraite. Il existe donc en l'espèce une forme de « cadeau fiscal » en faveur des travailleurs salariés, auquel les travailleurs autonomes n'ont par définition pas accès. La mise en place d'une assurance invalidité universelle serait susceptible d'accentuer le problème, dans l'état actuel de la législation fiscale du moins.

Malgré ses avantages indéniables, nous croyons donc que le modèle de l'assurance invalidité universelle ne constitue pas la meilleure façon de réaliser la compensation équitable pour les personnes ayant une incapacité. Notre hypothèse de travail se tourne vers un modèle complémentaire qui cherche à ne plus discriminer cette clientèle selon la cause de leur incapacité et selon la place qu'ils occupent sur le marché du travail. Nous considérons cette dernière stratégie plus prometteuse à long terme et pleinement

compatible avec l’effort des dernières années pour que les besoins spéciaux soient considérés comme des besoins de base devant être couverts de la même façon pour l’ensemble des personnes ayant une incapacité.

5. Fusion des principaux programmes québécois d'assurance

La fusion des principaux programmes d'assurance et leur inclusion dans un régime unifié de compensation peut sembler une idée attrayante, ne serait-ce que pour assurer un traitement égal à toutes les personnes handicapées. Ce serait toutefois oublier que le financement des divers régimes de compensation présentement en vigueur opère une division fondamentale entre eux. Un régime entièrement financé par un groupe particulier de citoyens ne devrait pas, à notre avis, être confondu avec un autre où les indemnités sont puisées à même le fonds consolidé du revenu. Il demande simplement à être bien intégré dans l'ensemble du système de compensation.

Dans la première section de ce chapitre, nous avons exposé certains arguments qui peuvent être utilisés dans l'analyse d'une proposition de fusion des programmes d'assurance. L'objectif ici poursuivi est de placer cette analyse dans un cadre exclusivement québécois, tout en examinant autant les programmes d'assurance nécessitant la preuve d'un fait accidentel particulier (section 3.1) que ceux applicables sans égard à la cause de l'incapacité (section 3.2).

5.1 Les régimes d'indemnisation des accidents d'automobile et des accidents du travail

Les régimes d'indemnisation des accidents d'automobile et des accidents du travail, gérés respectivement par la SAAQ et la CSST, doivent selon nous conserver leur autonomie. Il ne faut pas se laisser tromper par le fait que ces régimes soient administrés par des organismes étatisés. En théorie, les compagnies d'assurance privées pourraient fort bien s'acquitter de cette tâche, comme cela se fait en Suède. L'expérience a également été tentée en Nouvelle-Zélande en ce qui a trait aux accidents du travail, et il faut rappeler qu'au Québec, le groupe de travail qui a mené à l'adoption de la Loi sur l'assurance automobile recommandait de laisser au secteur privé le soin de gérer le nouveau régime d'indemnisation sans égard à la responsabilité ; la création de la SAAQ résulte d'une décision du gouvernement au

pouvoir lors de l'entrée en vigueur de la loi. Bref, l'organisme en charge de la gestion du régime ne doit pas nous faire occulter le fait que son financement et son fonctionnement puissent reposer sur des principes d'assurance propres au secteur privé.

Plusieurs motifs nous incitent à appuyer une solution de continuité en ce qui a trait à ces deux régimes :

- Ils ne coûtent absolument rien à l'État, qui n'a pas à assumer le coût de l'indemnisation de ces victimes. Ce sont les automobilistes (SAAQ) et les employeurs (CSST) qui financent entièrement ces régimes, en vertu de cotisations particulières équivalant à une prime d'assurance. Ils constituent même un apport positif pour l'État, en ce sens que la SAAQ et la CSST lui remboursent tous les coûts reliés aux accidents visés par ces deux régimes. La Régie de l'assurance maladie du Québec épargne ainsi des centaines de millions de dollars chaque année, pour les soins médicaux et paramédicaux requis par les victimes de la route et du travail. Rappelons que sans l'existence de ces régimes, la RAMQ devrait poursuivre individuellement chacun des responsables de ces accidents, lorsqu'ils existent, pour obtenir remboursement. Or, l'expérience démontre que l'exercice de ces recours, appelés recours subrogatoires, se révèle généralement inefficace.

- Les régimes gérés par la SAAQ et la CSST représentent un progrès social important par rapport au régime de droit commun de la responsabilité civile, où une proportion importante des victimes étaient laissées sans indemnisation. Puisque ces régimes sont en concurrence directe avec le système de droit commun qu'ils ont remplacé, système qui octroie des indemnités généreuses, mais à un nombre très limité de victimes, leur affaiblissement mettrait en jeu leur survie. Or, l'abolition de ces régimes et leur inclusion dans un régime universel d'indemnisation entraîneraient nécessairement une diminution des indemnités offertes aux victimes de la route et du travail, puisque le niveau de financement dont ils bénéficient à l'heure actuelle ne peut être envisagé dans le cadre d'un régime d'indemnisation sans égard à la cause de l'incapacité. Le régime public universel ne serait pas compétitif et inciterait les

citoyens les mieux nantis à recourir à des assurances privées, affaiblissant d'autant le régime général.

- Les régimes d'indemnisation des accidents d'automobile et des accidents du travail sont pleinement capitalisés, alors que cela s'avérerait économiquement impossible dans le cadre de la création d'un régime universel d'indemnisation, en raison du trop grand nombre de personnes concernées et de l'ampleur des sommes requises pour assurer cette pleine capitalisation.

En fait, les personnes indemnisées par la SAAQ et la CSST le sont à un niveau impossible à atteindre dans le cadre d'un régime universel d'indemnisation, en raison de la pression des règles traditionnelles de la responsabilité civile dans le cas des accidents de la route et du travail, et de son absence dans les cas de maladies. Rappelons qu'à notre avis, les principes de la compensation équitable basés sur la solidarité sociale commandent de ne pas tenter d'égaler la générosité de ces régimes de *no fault* (voir le Principe III). On peut être en accord ou en désaccord avec le fait que le plan de réadaptation d'une victime de la route devenue paraplégique puisse comprendre le remboursement d'une bicyclette « Top-end » et d'un monoski (*Affaires sociales-533*, [2000] T.A.Q. 1056) ou encore d'un fauteuil roulant adapté à la pratique du rugby (*Affaires sociales-28*, [1998] T.A.Q. 63) : au moins peut-on argumenter que le financement du régime est assuré par les créateurs du risques (les « responsables » potentiels) et qu'il est tant mieux que celui-ci puisse assumer de telles dépenses servant à améliorer la qualité de vie d'une personne handicapée. Cela n'en fait pas pour autant un frère ennemi du régime général de compensation des personnes handicapées. Simplement, le système retenu doit être différent lorsque l'ensemble des contribuables, via le trésor public, assure le financement d'un régime d'indemnisation sans égard à la cause de l'incapacité.

Bref, les personnes devenues handicapées à la suite d'un accident de la route et du travail sont mieux traitées que les autres par leur régime respectif d'indemnisation. On peut se consoler en disant qu'ils assument entièrement les coûts de leur régime et qu'ils

continuent à payer des impôts qui servent à la compensation équitable des autres personnes ayant des incapacités.

Jusqu'à maintenant, nous n'avons discuté que des régimes d'indemnisation mis en place pour les accidents d'automobile et du travail. Un autre régime, celui applicable aux anciens combattants, ne devrait pas être touché dans la mise en place d'un régime de compensation équitable pour les personnes handicapées. Il est vrai que ce dernier régime n'est pas financé par un groupe particulier de citoyens, mais que les sommes nécessaires sont prélevées à même le fonds consolidé du revenu. Toutefois, il s'apparente beaucoup à celui des accidents du travail en vertu duquel un employeur (l'État fédéral et son ministère de la Défense) doit assumer les conséquences du risque créé par l'exercice d'un travail bien particulier, celui de soldat. Si le régime d'indemnisation prévu par la Loi sur les pensions n'existait pas, l'État canadien n'aurait d'autre choix que d'inclure ses soldats dans le champ d'application de la Loi sur l'indemnisation des agents de l'État et de leur offrir des indemnités semblables à celles versées par la CSST. Même si le régime d'indemnisation appliqué aux soldats apparaît à bien des égards anachronique, le rapprochement avec la logique des accidents du travail est trop étroit pour y appliquer une solution différente.

5.2 Les régimes d'indemnisation sans égard à la cause de l'incapacité

Suivant la même logique que celle exposée dans la sous-section précédente, il nous apparaît souhaitable de conserver certains programmes dont l'application est faite sans égard à la cause de l'incapacité. Ces régimes se limitent au versement de prestations monétaires, mais sont entièrement financés par les contributions d'un groupe particulier de citoyens.

Le premier exemple qui vient à l'esprit est celui des assurances portant sur l'invalidité, offertes par les compagnies d'assurance privées. Que la prime soit acquittée par le travailleur seul ou conjointement avec son employeur, il n'en reste pas moins que la prévoyance d'un individu sur le marché du travail ne devrait pas être « récupérée » par

l'État dans le cadre de l'implantation d'un régime équitable de compensation. Les prestations versées par les compagnies d'assurance étant généralement imposables (dans tous les cas où l'employeur paie une partie de la prime), l'État y trouve de toute façon son compte. De plus, les travailleurs les mieux nantis peuvent protéger la portion de leur revenu qui dépasse les plafonds fixés par les régimes étatiques d'indemnisation, évitant à ces derniers les pressions visant à hausser ces plafonds par des augmentations de primes imposées à tous les cotisants, riches ou pauvres.

Il en va de même de la rente d'invalidité versée par la Régie des rentes du Québec. Le financement étant ici assuré non pas par l'État, mais par le travailleur et son employeur à parts égales (en totalité par le travailleur autonome), la conservation du programme s'impose. Il possède de plus un avantage indéniable par rapport aux assurances privées, puisque la cotisation exigée ne varie jamais en fonction de l'état de santé du travailleur. Le régime public redistribue ainsi le risque entre tous les travailleurs québécois, qu'ils soient en pleine santé, présentant certaines prédispositions à la survenance d'une invalidité ou déjà handicapés. Seul le fait d'exercer un emploi pendant une certaine période entre ici en ligne de compte. Cette caractéristique montre le rôle social joué par le régime de rentes du Québec, ce qui en soi milite en faveur de sa conservation.

On pourrait songer à retirer la rente d'invalidité du régime de rentes public, afin que celui-ci ne conserve que l'administration des prestations de retraite. La rente d'invalidité, quant à elle, pourrait faire partie du programme universel d'allocation monétaire que nous proposons dans le chapitre suivant. Une telle solution se révélerait toutefois désastreuse pour les travailleurs admissibles au programme actuel, puisque la rente moyenne versée par la Régie des rentes (750 $ par mois en décembre 2002) représente un montant impossible à atteindre dans le cadre d'un régime applicable à *toutes* les personnes handicapées. L'injection de fonds nouveaux étant ici trop importante pour en arriver à un tel niveau de prestation, il vaut mieux laisser en place le régime actuel qui est financé en bonne partie par ses bénéficiaires potentiels. Simplement, nous croyons que les conditions d'admissibilité à la rente actuellement en vigueur, où deux années de cotisations peuvent ouvrir la voie à une rente d'invalidité

mensuelle de près de 400 $ jusqu'à l'âge de 65 ans, ne devraient pas être assouplies davantage. Le régime de rentes du Québec est d'abord et avant tout un régime public de retraite et il ne faut pas le dénaturer en en faisant un programme d'indemnisation pour les personnes handicapées.

Parmi les autres régimes qui, tout en prévoyant le versement d'allocations monétaires, ne sont pas financés par l'État, on signalera le régime fédéral d'assurance emploi. En vertu des articles 12(3) et 18 de la Loi sur l'assurance-emploi, des prestations pour une durée maximale de 15 semaines peuvent être versées, à certaines conditions, au cotisant devenu « incapable de travailler par suite d'une maladie [ou] d'une blessure ». Ce dernier régime étant financé de la même façon que le régime de rentes du Québec (cotisation du salarié et de son employeur), la même solution devrait s'appliquer. On pourrait toutefois souhaiter, si les querelles de juridictions ne rendaient pas la proposition largement théorique, que ce régime soit regroupé avec la rente d'invalidité de la Régie des rentes du Québec, avec des mesures adéquates de transfert du financement qui y est consacré. Il serait ainsi possible aux travailleurs québécois de bénéficier d'un régime d'invalidité temporaire et permanente, géré par le même organisme.

Enfin, le versement d'une indemnité pouvant atteindre 5 000 $ au titulaire d'un permis de chasse victime d'un accident (art. 79 de la Loi sur la conservation et la mise en valeur de la faune) peut s'expliquer par le fait que l'acquittement des droits relatifs au permis comprend une « prime d'assurance invalidité » pour son détenteur. Toutefois, en raison du caractère mineur et méconnu du régime, et en l'absence de toute ventilation entre la portion « permis » et la portion « prime » lors de l'acquittement des droits relatifs au permis, on peut se demander s'il ne constitue pas l'exemple parfait de la méthode législative « à la pièce », méthode que nous voulons justement rejeter dans le cadre de la mise en place d'un régime cohérent d'indemnisation des personnes ayant une incapacité. C'est ce que nous allons tenter de faire dans les deux derniers chapitres de ce rapport.

CHAPITRE 4 – Vers un régime de compensation plus équitable : les transferts monétaires

Dans ce chapitre, nous présentons notre proposition relative à la création d'une allocation pour personne handicapée (section 3), dont le financement provient en bonne partie de la fusion de plusieurs programmes actuels de compensation (section 2). Cette proposition est accompagnée de lignes directrices relatives à son harmonisation avec les programmes subsistants (section 4) et est présentée sous forme synthétique dans la section 5. Un addendum apparaît à la fin de ce chapitre, réunissant des commentaires et propositions visant à améliorer le système fiscal actuel, indépendamment de la mise en place de notre allocation pour personnes handicapées. D'entrée de jeu, il nous a toutefois semblé important de rappeler les grands objectifs poursuivis dans ce rapport et les contraintes qui structurent notre démarche (section 1).

6. Présentation des principales contraintes

Dans notre recherche d'un meilleur système de compensation pour les personnes ayant une incapacité, nous proposons des solutions qui respectent essentiellement les principes de la compensation équitable présentés au chapitre 1 de cette seconde partie. Ces propositions s'appuient aussi sur un certain nombre de contraintes pratiques additionnelles que l'on doit exposer afin de rendre compte convenablement de notre démarche.

Tout d'abord, et pour donner suite à des notions techniques présentées au chapitre 1 de cette seconde partie (voir section 2.2), nous allons nous consacrer à la résolution d'iniquités horizontales intragroupes. Nous examinons donc les programmes qui s'adressent aux personnes ayant une incapacité et nous formulerons des propositions visant à remédier à un certain nombre d'iniquités entre elles. Ce choix s'explique en grande partie par les préoccupations principales qui ont conduit l'Office des personnes handicapées du Québec à nous accorder ce mandat. Notre tâche principale était de présenter l'actuel système de compensation et de voir comment il peut être amélioré. L'autre facette importante de la compensation équitable concerne l'équité verticale intergroupes, c'est-à-dire l'équité entre les personnes ayant une incapacité et les autres citoyens sans incapacité. Cette seconde facette ne sera qu'effleurée dans le cadre de nos propositions. Nous ne répondrons donc pas directement à la question de savoir si la société québécoise dans son ensemble fait assez ou encore trop peu pour diminuer les désavantages reliés aux déficiences ou incapacités de ses citoyens.

Bien entendu, la justification générale de la compensation équitable demeure l'idée d'une obligation particulière du groupe des citoyens sans incapacité par rapport au groupe des citoyens avec une incapacité. Mais une fois ce principe d'équité reconnu, la question plus difficile qui consiste à évaluer les ressources nécessaires pour cette « égalisation des chances » entre ces deux groupes dépasse notre mandat. Nous n'avons pas l'information ni les moyens de déterminer ce qu'il reste encore à faire pour combler les écarts. Nous ne sommes même pas en mesure de faire des comparaisons entre les différentes problématiques reliées aux incapacités afin d'évaluer si certaines

sont plus avantagées que d'autres en ce moment. Un tel travail nous engagerait dans la voie de définitions d'indices de désavantage beaucoup plus précis que ce qui existe en ce moment et à partir desquels des comparaisons et des contrôles d'évolution des situations deviendraient peut-être envisageables. Nous n'avons ni les ressources ni les compétences pour nous prononcer sur ce sujet. Notre attention sera donc tournée vers les disparités de traitement à l'intérieur du groupe des personnes ayant une incapacité, ce qui, compte tenu de la taille et du nombre des programmes en jeu, constitue déjà un enjeu important.

Par ailleurs, en vertu d'un principe simple de précaution, nous avons cherché à minimiser dans nos recommandations les perdants et de maximiser les gagnants, tout en respectant la capacité de payer de l'État. Nous visons donc des propositions qui sont réalistes du point de vue budgétaire même si, par définition, l'idée de minimiser les perdants et de faire des gagnants implique nécessairement un effort supplémentaire de la part de l'État. Cette approche prudente ne doit pas être vue comme une forme implicite d'endossement du cadre actuel de financement des programmes de l'État pour les personnes handicapées. Nous réfléchissons plutôt de manière globale sur les mécanismes actuels de la compensation équitable. En ce qui concerne les transferts monétaires, nos recommandations n'exigent donc pas *a priori* l'injection de sommes additionnelles majeures même si elles ne s'y opposent pas. Elles se contentent surtout de réallouer de manière plus équitable les ressources existantes pour une clientèle donnée.

Notre troisième contrainte est de nature méthodologique, mais elle peut aussi avoir de fortes conséquences normatives. Dans la recherche de l'amélioration de l'équité dans les programmes actuels de compensation, nous séparons aussi clairement que possible les transferts monétaires de la compensation sous forme de services, sans nécessairement chercher à privilégier une forme par rapport à une autre. Nous avons mentionné, à la section 4.6 du chapitre 1 de cette seconde partie, que les choix entre une forme ou l'autre de transfert faisaient certainement partie d'une réflexion sur l'équité, mais ceci dépasse de beaucoup nos compétences. Nos recommandations se basent donc sur les efforts globaux réalisés par l'État tant pour les transferts monétaires

que pour les services et, dans chacune de ces sphères de la compensation équitable, nos propositions visent encore une fois à améliorer leur allocation pour la rendre plus équitable.

La dernière contrainte que respecte l'ensemble de nos propositions, la plus importante peut-être, est celle de préserver les principaux programmes publics et privés d'assurance en vigueur. Nous avons longuement insisté, au chapitre précédent, sur les raisons de ce choix. L'idée d'abolir ces programmes et de les fusionner ne nous apparaît pas du tout pertinente. Cela ne signifie pas que nous n'endossons pas les principes de la couverture la plus universelle possible, au contraire. Les débats récents sur la compensation équitable ont été fortement influencés par des prises de position favorables à l'instauration d'un revenu minimum garanti. Il est vrai que dans sa forme inconditionnelle, un revenu minimum garanti permettrait une plus grande égalité des chances et de traitement entre les citoyens. L'un des principaux écueils des propositions contemporaines de réalisation d'un revenu minimum garanti demeure toutefois la difficulté de le substituer entièrement à des protections sociales de toutes sortes, notamment des régimes publics d'assurance comme l'assurance emploi ou l'assurance portant sur l'invalidité (Blais et Duclos 2001). De telles substitutions ont des effets redistributifs majeurs difficilement justifiables ou acceptables. De plus, les assurances sociales ont joué et continuent de jouer un rôle prédominant au Québec. Les abolir du jour au lendemain, même si cela est fait pour financer un revenu minimum garanti, apparaît difficilement réalisable. Le revenu minimum garanti, quand il est universel et inconditionnel, appartient à un paradigme de solidarité fort différent de celui des assurances et son implantation prendra du temps et des efforts (Atkinson 1995). Nous pouvons cependant dès aujourd'hui proposer des méthodes pour mieux faire cohabiter les deux principaux systèmes de compensation et surtout faire en sorte de voir à une meilleure intégration de l'un à l'autre. Cette intégration ne doit pas être uniquement de nature administrative. Elle doit permettre, aussi, d'identifier des objectifs et des priorités d'intervention à long terme.

7. Fusion des régimes de compensation fondés sur la solidarité sociale

Dans l'établissement d'un régime de compensation équitable pour les personnes ayant une incapacité, il nous est apparu essentiel d'accorder à ces dernières un traitement identique lorsque les mesures d'indemnisation sont prélevées à même l'assiette générale des impôts. Ces régimes de compensation sont fondés sur un concept de solidarité sociale, plutôt que sur des principes d'assurance ou de responsabilité civile. Il nous semble inéquitable d'entretenir une multitude de systèmes, certains nécessitant la preuve d'un fait accidentel précis alors que d'autres entrent en jeu sans égard à l'origine de l'incapacité, accidentelle ou naturelle. À partir du moment où l'État finance en totalité chacun de ces systèmes de compensation, l'équité commande tout d'abord de traiter de la même façon les personnes visées par ces régimes.

Voici la liste des programmes dont nous proposons la fusion :

- le régime d'indemnisation des victimes d'actes criminels ;
- le régime d'indemnisation des victimes d'actes de civisme ;
- le régime d'indemnisation des victimes de l'application d'un programme d'immunisation ;
- le programme québécois d'indemnisation des victimes de l'hépatite C ;
- le crédit d'impôt pour aidant naturel, au niveau fédéral, en ce qui concerne les 18-65 ans ;
- le crédit d'impôt pour personne à charge, en ce qui concerne les 18-65 ans ;
- le crédit d'impôt pour déficience mentale ou physique, en ce qui concerne les 0-65 ans ;
- les régimes d'allocations et de prestations pour enfants handicapés (programmes québécois et fédéral) ;
- le régime d'allocations supplémentaires pour assistés sociaux ayant une contrainte sévère à l'emploi.

La mise en place de ces programmes s'est échelonnée sur plus de trois décennies, de la fin des années 60 jusqu'en 2003, ce qui explique en partie le caractère hétéroclite de la liste ci-dessus. Les quatre premiers programmes cherchent généralement à compenser les besoins spéciaux et la perte de revenus de certaines victimes d'un mauvais coup du sort, mais nécessitent la preuve d'un fait accidentel précis. Les autres sont applicables sans égard à la cause de l'incapacité, mais sont parfois hybrides (le crédit pour aidant naturel concerne autant les personnes handicapées que les personnes âgées) et parfois strictement réservés aux personnes handicapées. Par ailleurs, certains fonctionnent sur la base d'allocations mensuelles alors que d'autres sont totalement fiscalisés.

On aurait pu ajouter à cette liste les programmes mis en place ponctuellement à la suite d'une catastrophe particulière. Le régime *fédéral* de compensation des victimes du sang contaminé entre dans cette catégorie. Toutefois, la pression des règles de la responsabilité civile, dans de telles hypothèses, rend difficile l'abandon des règles traditionnelles de la réparation du préjudice (remise en état de la victime dans sa situation économique antérieure, compensation de ses pertes de nature non pécuniaire). Nous retournons sur ce point le lecteur à nos commentaires plus élaborés du chapitre un de la première partie de ce rapport. En revanche, notre proposition de fusion couvre des programmes ponctuels où l'État accepte de verser une compensation sur la base d'une simple obligation morale, comme cela a été le cas avec le régime *provincial* d'indemnisation des victimes de l'hépatite C non visées par le programme fédéral.

Le principe directeur de notre démarche est simple : nous croyons que la recherche de la compensation équitable pour les personnes ayant une incapacité passe par l'instauration d'un régime unifié et cohérent d'indemnisation, lorsque l'État agit au titre de seul bailleur de fonds et d'administrateur du régime. Ce régime devrait être basé sur l'idée de l'octroi d'une allocation monétaire fixe et, dans une large mesure, sans égard aux revenus antérieurs ou futurs de son bénéficiaire. Un régime unifié permettrait également d'éliminer les iniquités résultant de l'existence d'une multitude de définitions du degré d'incapacité donnant droit à telle ou telle mesure de compensation. Avant de

détailler notre proposition, établissons d'abord ce qui ne fonctionne pas avec ces programmes de compensation du point de vue de l'équité.

7.1 Les iniquités inhérentes aux trois régimes publics d'indemnisation

Il existe trois régimes dont l'application nécessite la preuve d'un lien de causalité entre l'incapacité et un fait accidentel précis (victimes de l'application d'un programme d'immunisation, d'un acte criminel et d'un acte de civisme). À partir du moment où les impôts de tous les contribuables servent à financer ces programmes, on devrait s'attendre à une certaine uniformité dans les mesures applicables. Pourtant, l'examen de chacun de ces régimes révèle des différences majeures qui ne peuvent s'expliquer que par l'absence d'une vision globale de la matière. On peut signaler les différences suivantes :

- les pertes non pécuniaires (souffrances, douleurs, perte de jouissance de la vie) sont indemnisées pour les victimes de l'application d'un programme d'immunisation, mais non pour les deux autres catégories de victimes ;

- le délai pour faire une demande d'indemnisation varie de un an (victime d'un acte criminel) à trois ans (victime de l'application d'un programme d'immunisation) ;

- les indemnités de décès sont beaucoup plus élevées pour les proches de la victime de l'application d'un programme d'immunisation que pour ceux de la victime d'un acte criminel ou de civisme ;

- la notion de faute est susceptible d'empêcher l'application du régime d'indemnisation des victimes d'actes criminels (notion de *faute lourde*, art. 20 b) de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels), alors qu'elle ne joue aucun rôle dans le cas de la victime de l'application d'un programme d'immunisation ;

- les conditions d'admissibilité sont parfois si lourdes à remplir que l'un de ces programmes est pratiquement devenu une coquille vide. Ainsi, entre 2000 et 2003, aucun nouveau dossier d'une victime de l'application d'un programme d'immunisation n'a été transmis à la SAAQ pour fins d'indemnisation.

On notera que deux des trois programmes mentionnés ci-dessus concernent des accidents et que le troisième (immunisation) est rarement appliqué. De façon plus fondamentale et plus globale à la fois, ce qui nous apparaît inéquitable dans le système actuel, c'est que les victimes d'*accidents* soient en principe mieux indemnisées que les victimes de *maladies*, tout simplement parce que les premières se rapprochent davantage du schéma traditionnel de la responsabilité civile. Pourtant, dans le cadre de ces trois programmes, le payeur (l'État) s'exécute sans qu'aucune obligation ne lui soit imposée en vertu de ces mêmes règles de la responsabilité civile. Cette situation est contraire, à notre avis, aux principes de la compensation équitable, notamment le Principe IV qui reconnaît clairement un droit à la compensation sans égard à la cause ou à la faute. Quelles que soient les raisons historiques qui ont pu conduire à l'établissement de programmes aussi ciblés, nous ne trouvons donc aucune justification éthique sérieuse permettant de justifier leur maintien dans leur forme actuelle.

La proposition de fusion exposée ci-dessus semble de prime abord désavantageuse pour les personnes visées par les régimes d'indemnisation des actes criminels, de civisme et de l'application d'un programme d'immunisation. Celles-ci perdent en effet le droit d'obtenir une indemnité de remplacement du revenu pouvant atteindre 90 % de leur revenu net, cette indemnité étant remplacée par une allocation uniforme qui ne vise pas à compenser le revenu perdu. Si l'on examine la clientèle particulière de ces régimes d'indemnisation, on se rend cependant compte que les perdants ne sont pas aussi nombreux.

Ce qu'il faut bien comprendre, c'est qu'aucun des trois régimes d'indemnisation n'est réellement adapté, au niveau des règles gouvernant la compensation du revenu, à une bonne partie de sa clientèle. Nous procéderons de façon séparée pour chacun des trois régimes.

7.1.1 Les personnes victimes d'un acte criminel

Le régime d'indemnisation des victimes d'actes criminels est de loin le plus important des trois régimes dont nous proposons la fusion, en ce qui a trait à la clientèle visée. Plus de 95 % des demandes d'indemnisation relèvent en effet du régime visé par la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels (LIVAC).

Lorsque la loi a été adoptée en 1972, le seul régime étatique d'indemnisation en vigueur qui ait pu servir d'outil de référence était celui des accidents du travail (le régime d'assurance automobile est entré en vigueur six ans plus tard). Or, un régime d'indemnisation calqué sur le monde du travail se révèle largement inadapté pour la clientèle de la LIVAC. Une prestation monétaire correspondant à 90 % du revenu net de la victime est en effet sans aucun lien avec une proportion importante des victimes d'actes criminels.

En examinant les statistiques des dernières années, on observe que le tiers des victimes sont hors du marché du travail au moment de la commission de l'acte criminel : 28 % en moyenne sont âgées de moins de 18 ans alors que 4 % sont âgées de 65 ans et plus. Pour ces victimes, la notion même de remplacement du revenu n'a aucun sens. Si l'on ajoute à cela le fait que la majorité des victimes sont des femmes (dont la rémunération est généralement inférieure à celle des hommes) et qu'une proportion non négligeable de la clientèle des 18-64 ans n'est pas sur le marché du travail au moment de l'accident puisque bénéficiaire de l'aide sociale, on réalise qu'un régime où les indemnités ont été conçues pour les travailleurs ne peut répondre adéquatement aux besoins des victimes d'actes criminels. En fait, le régime actuel crée des transferts artificiels de ressources financières entre divers organismes étatiques. Le meilleur exemple concerne le prestataire de la sécurité du revenu qui est victime d'un acte criminel : les prestations reçues en vertu de la LIVAC viennent réduire les sommes reçues de l'aide sociale, et le bénéficiaire doit rembourser au ministre de la Solidarité et de l'Emploi les sommes déjà versées (art. 102 de la Loi sur le soutien du revenu et favorisant l'emploi et la solidarité sociale). Bref, deux programmes, deux ministères différents mais, en bout de ligne, une seule indemnité financée par le fonds consolidé du revenu.

On a bien tenté, en 1993, d'améliorer le régime, mais en faisant l'erreur de calquer les nouvelles indemnités sur celles prévues par la Loi sur l'assurance automobile. La loi qui fut alors adoptée (Loi sur l'aide et l'indemnisation des victimes d'actes criminels) n'est jamais entrée en vigueur pour des motifs principalement d'ordre budgétaire (voir la section 3 du chapitre 1 de la première partie). Il est en effet très difficile de demander à un régime, fonctionnant sur une base de déboursés (*pay as you go*), d'égaler celui offert aux victimes de la route, régime pleinement capitalisé et faisant l'objet de cotisations préalables (*fully funded system*).

Il est vrai que notre proposition implique également la fin du régime particulier actuellement prévu pour cette clientèle, en ce qui concerne les prestations offertes sous forme de services et d'équipements. En toute logique, pour ne pas dire en toute équité, on ne peut abolir les prestations monétaires tout en conservant la porte d'accès privilégiée aux services. Notre proposition de mise en place d'un plan de services individualisé, faite dans le prochain chapitre, permettra de réduire l'impact de cette décision, tout en constituant un puissant argument en faveur de l'amélioration des services offerts à *l'ensemble* des personnes handicapées. Si la solidarité sociale permet de justifier, depuis 30 ans, l'existence d'un régime préférentiel pour certaines victimes d'un mauvais coup du sort, la même solidarité milite en faveur de l'application d'un régime égalitaire pour toutes les personnes handicapées tombant dans cette catégorie.

7.1.2 Les personnes blessées en se livrant à un acte de civisme

Lorsque la Loi visant à favoriser le civisme a été votée en 1977, le même problème d'absence de modèle de référence s'est présenté aux rédacteurs de la loi, ce qui explique que le régime des accidents du travail alors en vigueur ait également été retenu pour fixer les indemnités.

La situation est ici différente de celle des victimes d'actes criminels, puisque la clientèle visée se compose majoritairement de personnes âgées entre 18 et 64 ans. Trois motifs nous incitent toutefois à soutenir que le remplacement du régime actuel par un système d'allocation fixe ne se révélera pas trop pénalisant :

- la clientèle visée par le programme d'indemnisation des victimes d'actes de civisme est bien inférieure à celle des victimes d'actes criminels : au cours des dix dernières années, le nombre de nouvelles demandes d'indemnisation n'a jamais dépassé le chiffre de 50 et tourne habituellement autour d'une quarantaine par année. L'impact social d'un changement de régime est donc ici grandement réduit ;

- il n'existe aucune pression de la part des règles traditionnelles de la responsabilité civile pour que l'État soit tenu d'offrir des indemnités basées sur une logique de compensation individualisée du préjudice. L'obligation légale de porter secours à autrui ne joue pas lorsque la vie ou l'intégrité physique du sauveteur est en danger (art. 2 de la Charte des droits et libertés de la personne) ; on ne saurait donc y voir une particularité qui oblige l'État à mieux traiter les victimes d'un acte de civisme par rapport à celles d'un autre coup du sort ;

- le régime actuel est lui-même source d'iniquités entre ses bénéficiaires. Suivant quelle logique une personne, qui n'est pas sur le marché du travail et qui est blessée lors d'une tentative de sauvetage, devrait-elle recevoir moins qu'une autre exerçant un emploi, alors que dans l'un et l'autre cas, le fondement de la compensation repose sur la reconnaissance et la solidarité sociale et non sur l'idée de réparer le préjudice causé à autrui ?

7.1.3 Les victimes de l'application d'un programme d'immunisation

Les victimes de l'application d'un programme d'immunisation sont en théorie celles qui ont le plus à perdre d'une modification du régime actuel. En effet, les indemnités versées sont celles prévues par la Loi sur l'assurance automobile, en vertu d'un renvoi législatif exprès (art. 72 de la Loi sur la santé publique). Ces indemnités étant les plus généreuses de tous les régimes étatiques analysés dans la première partie de ce rapport, le désavantage découlant de la modification de ce régime de compensation semble évident. Deux faits viennent toutefois fortement tempérer cette situation :

- la grande majorité des victimes sont des *enfants* ayant reçu un vaccin. Or, il n'existe pour cette catégorie de victime aucune indemnité de remplacement du revenu avant l'âge de 16 ans, seules des prestations pour perte d'années scolaires étant prévues par la loi dans les cas les plus graves ;

- la preuve du lien de causalité entre le vaccin reçu et l'apparition de l'incapacité doit obligatoirement être faite par la victime. Tel que mentionné en première partie, la difficulté de faire une telle preuve explique que la majorité des demandes d'indemnisation aient été à ce jour rejetées par la Direction de la protection de la santé publique. La fusion du programme existant dans un régime unifié d'indemnisation, sans égard à la cause de l'incapacité, représenterait une amélioration notable pour toutes les victimes qui n'ont pu se qualifier dans le cadre des paramètres d'un régime nécessitant l'établissement d'un lien causal prépondérant.

7.1.4 Critique générale des régimes en vigueur

Au-delà des problèmes particuliers qui touchent la clientèle des trois régimes d'indemnisation mentionnés ci-dessus, nous croyons qu'une approche basée sur l'indemnisation de la perte de revenus n'est pas appropriée en la matière. La solution passe, à notre avis, par la mise en place d'un système qui compense les besoins spéciaux de ces victimes et qui verse une allocation monétaire permanente à celles qui sont les plus gravement blessées. Ce système aurait l'avantage d'abandonner l'approche « perte de revenus » au niveau des versements en espèces, approche qui reproduit les inégalités socio-économiques. Or, nous voyons mal pourquoi un système d'indemnisation fondé sur la solidarité sociale devrait accorder plus d'argent à la victime qui occupait un emploi rémunérateur au moment de l'accident.

En fait, l'approche basée sur l'indemnisation du revenu perdu résulte davantage d'une absence de solutions alternatives dans la législation québécoise que d'un désir d'avantager ceux et celles qui sont sur le marché du travail au moment de leur accident. Dans une conception individualiste de la responsabilité basée sur la faute, il est acceptable de faire supporter au fautif toutes les conséquences de sa conduite et de

faire correspondre l'indemnité versée à la situation patrimoniale de la victime. Dans le cadre de régimes collectifs d'indemnisation fondés sur des principes d'équité et de solidarité sociale, une telle approche doit selon nous être rejetée. La remise en état de la victime dans sa situation antérieure n'est pas un critère approprié lorsque la société prend charge de certains coups du sort, dont elle n'est pas responsable en application des principes de la responsabilité civile. D'ailleurs, ces dernières règles demeurent toujours en place puisque aucun de ces trois régimes d'indemnisation n'empêche les poursuites de la victime contre le responsable du préjudice subi, lorsqu'il existe. On ne peut cependant pas demander à l'État de jouer le rôle du responsable et de compenser la victime de la même façon. On peut en revanche légitimement exiger que l'existence d'une incapacité fasse l'objet d'une allocation monétaire établie sur des bases égalitaires.

Un problème résulte de l'analyse de la clientèle de ces trois régimes d'indemnisation, qui ne s'adressent pas seulement aux personnes handicapées. Que faire avec la victime d'un acte criminel qui se rétablit après quelques mois et ne conserve aucune séquelle permanente de ses blessures ? Une solution pourrait être de conserver le régime actuel pour cette clientèle, basée sur l'indemnisation de la perte de revenus. Nous croyons toutefois qu'il faut la rejeter pour éviter la mise en place d'un régime à deux vitesses : allocation monétaire fixe pour les personnes handicapées et compensation de la perte de revenus pour les autres. Il faut à tout prix éviter que le statut de personne handicapée n'enferme les personnes visées dans un « ghetto d'indemnisation ». À notre avis, la solution la plus simple serait d'accorder l'allocation uniforme à tous, pendant la durée de l'incapacité. Les victimes moins gravement blessées seraient ainsi indemnisées pour une durée limitée, pendant la période de leur incapacité, sur la base de l'impossibilité de vaquer à leurs occupations habituelles. Des blessures entraînant une incapacité permanente et suffisamment importante écarteraient par définition cette limite temporelle et ouvriraient la voie à une allocation permanente. C'est d'ailleurs de cette façon que fonctionne le programme québécois d'allocation spéciale pour enfants handicapés.

Une dernière précision s'impose : la proposition de fusion exposée ci-dessus ne signifie pas nécessairement que les programmes actuels doivent disparaître complètement. Le processus d'indemnisation doit certes être repensé, afin de s'assurer que les mesures d'aide dispensées par l'État, que ce soit sous la forme de services ou d'allocations monétaires, soient identiques pour tous sans égard à la cause de l'incapacité. Cela n'empêche pas de concevoir que les procédures d'accueil et de traitement des demandes puissent être sauvegardées pour l'une ou l'autre des clientèles visées. On pourrait fort bien concevoir que les victimes d'actes criminels conservent leur porte d'entrée actuelle dans le système, où le personnel est spécialement formé pour traiter ce genre de dossiers. Ce qui compte, c'est qu'un régime d'indemnisation fondé sur le concept de solidarité sociale ne compense pas différemment ses bénéficiaires selon l'origine de leur incapacité.

Au risque de nous répéter, rappelons qu'il ne s'agit pas d'écarter les règles classiques d'indemnisation fondées sur la responsabilité civile, mais simplement de les appliquer au bon interlocuteur. Que la victime d'un acte criminel ou de l'application d'un programme d'immunisation puisse réclamer au *responsable* de ses blessures sa perte de capacité de générer des revenus, cela se conçoit parfaitement. Toutefois, il faut éviter d'imposer à l'État des règles propres au domaine de la responsabilité civile, alors que son obligation d'indemniser est fondée sur des principes bien différents.

7.2 Les iniquités qui résultent du système fiscal

Les diverses mesures fiscales qui font l'objet de cette section constituent en somme des modes de financement indirects de biens ou de services, dont bénéficie surtout la personne ayant une incapacité grave et prolongée. Elles visent tantôt à offrir une aide directe à la personne handicapée alors que, dans d'autres circonstances, elles sont versées à une personne qui en a la charge ou qui l'héberge. Il existe toutefois un dénominateur commun à toutes ces situations : il ne s'agit pas d'un mécanisme de remboursement d'une dépense nommément identifiée, puisque la même somme est offerte à tous les contribuables qui respectent les conditions d'admissibilité, sans égard

à la dépense réellement engagée, mais sous réserve parfois d'un plafond de revenu de la personne handicapée.

7.2.1 Les iniquités du crédit d'impôt pour déficience mentale ou physique

Le crédit d'impôt pour déficience mentale ou physique constitue un transfert « implicite » (réduction d'impôt) pour les personnes ayant une incapacité grave et prolongée. Il vise, *a priori*, les contribuables qui sont sur le marché du travail et qui de surcroît en font la demande lors de leur déclaration d'impôt. Les personnes sans revenu ou avec de faibles revenus ne peuvent en pratique rien tirer de ce crédit d'impôt, comme tous les autres crédits qui ne sont pas remboursables. Toutefois, la portion inutilisée du crédit peut être transférée au conjoint (marié ou non) ou encore à une personne visée par la loi. Nous considérons que ce programme contrevient aux principes de la compensation équitable pour les raisons suivantes :

- dans sa forme actuelle, sa capacité redistributive est faible. La complexité des démarches visant à l'obtenir fait en sorte qu'un nombre restreint de personnes ayant une incapacité en tirent véritablement profit. De plus, il n'est « versé » qu'une fois l'an ;

- il demande une bonne connaissance du système fiscal, qui n'est pas partagée par l'ensemble des citoyens et notamment par les plus démunis ;

- du point de vue de l'équité verticale, il s'agit d'une mesure qui demeure plutôt régressive. Hormis la situation de transfert du crédit, l'aide fiscale est réservée aux contribuables qui gagnent un revenu suffisamment élevé pour justifier le paiement d'un impôt. Des personnes ayant la même incapacité ne pourront en bénéficier, à titre d'exemple, s'ils ont un revenu d'emploi insuffisant ;
- le transfert à une personne apparentée est réalisé uniquement sur demande. Bien que les statistiques fédérales ne permettent pas de connaître la dépense fiscale qui découle du mécanisme de transfert, il nous apparaît peu probable que les contribuables en maximisent l'utilisation, compte tenu de la complexité du système fiscal et du manque de limpidité dans l'information offerte par les autorités fiscales.

Pour s’en convaincre, il suffit de consulter le document RC4064 « Renseignements concernant les personnes handicapées », sur le site Internet de l’Agence des douanes et du revenu du Canada. Ce document contient à peine quelques phrases sur les mécanismes de transfert et réfère plutôt le lecteur à la ligne 318 du Guide général d'impôt et de prestations, d’un haut degré de complexité ;

- en cas de transfert, le crédit devient la propriété du bénéficiaire, et les avantages qui échoient à la personne ayant une incapacité ne sont nullement mesurables, puisque cette dernière n’a aucun contrôle ou droit de regard sur la somme versée au bénéficiaire du transfert.

La fusion de ce programme avec les autres mentionnés aurait pour effet, à terme, de le rapprocher de la formule du crédit d’impôt remboursable, ce qui rejoint la proposition formulée en décembre 2002 par le rapport du Comité permanent du développement des ressources humaines et de la condition des personnes handicapées, *L’équité fiscale pour les personnes handicapées*, recommandation 7. De plus, sa gestion serait à notre avis grandement simplifiée, puisque le programme serait entièrement défiscalisé et géré par une agence distincte. En revanche, la défiscalisation du crédit pourrait engendrer des difficultés de contrôle accrues en ce qui concerne l’interdiction de cumuler ce crédit avec certaines dépenses visées par le crédit pour frais médicaux : des mécanismes administratifs appropriés devront alors être instaurés afin de remédier à ces difficultés. Nous verrons plus en détails, dans la section 4 de ce chapitre, ce qu’une telle substitution peut concrètement signifier.

7.2.2 Les iniquités du crédit d'impôt pour aidant naturel et pour personne à charge

L'État reconnaît l'importance du rôle joué par la famille élargie dans le processus de soutien à la population vieillissante et aux personnes ayant une incapacité, de même que l'apport économique qui y est rattaché. Les crédits d'impôt pour aidant naturel et pour personne à charge sont justement des mécanismes fiscaux qui constituent une forme de contribution de l'État au bénéfice du contribuable qui héberge ou prend soin d'une personne visée par la loi, que ce soit un parent plus âgé ou une personne ayant une incapacité grave et prolongée. Malgré les apports positifs qui en découlent, mentionnons les iniquités potentielles créées par ces deux crédits d'impôt :

- le crédit d'impôt étant alloué à la personne qui héberge ou qui prend soin de la personne handicapée, rien n'assure que la personne handicapée en retirera un bénéfice. Pourtant, l'allégement fiscal est fondé sur la nécessité de mettre à la disposition de la personne handicapée les sommes requises afin de lui fournir les soins et l'hébergement adéquats. En versant la somme à un tiers, le système fiscal ne reconnaît pas l'autonomie de la personne handicapée ;

- ces deux crédits s'appuient sur des concepts semblables tout en utilisant un vocabulaire distinct et nullement défini dans la loi. Ainsi, le crédit pour personne à charge est fondé sur la notion d'« infirmité mentale ou physique » alors que le crédit pour aidant naturel s'appuie notamment sur la notion de « déficience mentale ou physique ». Cette situation est source de confusion pour le contribuable ;

- les conditions d'application de ces deux crédits sont différentes, et les seuils de revenus autorisés que peut tirer la personne handicapée sans réduire le montant du crédit diffèrent, ce qui ajoute à la complexité des mécanismes ;

- au fédéral, une indemnité de remplacement du revenu reçue de la CSST annihilera partiellement ou totalement le droit au crédit pour personne à charge ou pour aidant naturel (puisqu'elle doit être incluse au revenu, même si elle est ensuite déduite dans le calcul du revenu imposable). La somme reçue de la SAAQ n'aura aucun tel

impact, car elle ne constitue pas, aux fins fiscales, une somme qui doit être incluse au revenu ;

- alors qu'un seul de ces crédits peut être réclamé au niveau fédéral, il en va tout autrement au niveau québécois où le cumul est permis. De plus, la version québécoise du crédit pour aidant naturel est constituée par un crédit remboursable de 550 $ sans qu'il soit modulé en fonction du revenu de la personne handicapée.

7.3 Les iniquités de l'allocation supplémentaire pour contraintes sévères à l'emploi

Une partie importante des personnes ayant une incapacité, notamment celles aux prises avec les incapacités les plus lourdes, ont recours à la sécurité du revenu et bénéficient de l'allocation supplémentaire pour contraintes sévères à l'emploi. Cette allocation est généralement présentée comme une mesure équitable, puisqu'elle reconnaît le droit à une prestation supplémentaire pour compenser les difficultés particulières des personnes ayant une incapacité. Cela est vrai, mais malgré tout, il faut s'interroger sur un certain nombre de difficultés qui sont inhérentes à cette allocation :

- les revenus du travail sont difficilement cumulables avec la prestation. Ils subissent en fait un taux marginal effectif d'imposition de 100 %, ce qui défavorise les initiatives individuelles et collectives. Le traitement parafiscal de cette allocation n'a aucun autre équivalent et il est fortement désincitatif à l'emploi, même à temps partiel ;

- ce programme favorise une forme de mise à l'écart de la société pour ses bénéficiaires ;

- cette allocation n'est versée en principe qu'aux bénéficiaires de la sécurité du revenu. Les travailleurs à faible revenu n'y ont pas droit, même si leur état de santé est identique, ce qui contrevient au principe de l'équité horizontale. Cette situation

génère aussi pour eux une forme de désincitation au travail, car ils peuvent à juste titre envier les prestataires de l'aide sociale pour le temps libre dont ils disposent ;

- ce transfert n'est pas individualisé, ce qui rend les bénéficiaires plus dépendants économiquement de leur conjoint. Cette situation peut même nuire à la formation de ménages puisque, après une année de cohabitation, les revenus globaux du couple sont considérés pour définir le niveau de la prestation ;

- toute bonification de l'allocation a pour contrepartie d'accentuer les principaux défauts de la prestation, notamment son caractère désincitatif au travail rémunéré, qui devient d'autant moins attrayant que la prestation est généreuse.

Il est à noter que le principe général d'une allocation particulière visant à tenir compte des besoins spéciaux des personnes ayant une incapacité n'est pas du tout remis en cause par notre analyse. Cependant, nous croyons qu'il est possible de s'attaquer aux difficultés de l'allocation actuelle, afin d'élargir sa couverture, la rendre moins stigmatisante et surtout plus incitative au travail et à la participation sociale.

7.4 Les iniquités des prestations destinées aux enfants handicapés

Tant du point de vue de l'équité verticale qu'horizontale, l'allocation québécoise pour enfants handicapés reste la mesure qui nous apparaît la plus satisfaisante, même si elle n'est pas encore parfaite. Son accès est relativement simple et elle est accordée à tous sans exception. Elle ne discrimine aucunement les individus sur la base de l'incapacité ou du revenu familial et elle est versée une fois par mois plutôt qu'une fois l'an, ce qui est préférable notamment pour les familles à faible revenu. On ne s'étonnera donc pas que nous la considérions comme un modèle et que nous chercherons à étendre la formule à d'autres clientèles, dans la principale recommandation de ce chapitre. On pourrait nous opposer qu'avec une prestation de 119 $ qui n'a pas augmenté depuis plusieurs années, il n'y a dans cette mesure rien d'impressionnant pour compenser les désavantages liés à l'incapacité. Mais on

signalera que ce qui nous intéresse ici, c'est la mise en place d'un régime adéquat et non la définition d'un montant idéal de compensation. Nonobstant ce qui précède, on peut quand même souligner les deux principaux défauts de cette mesure :

- elle est accordée uniquement aux familles d'enfants ayant une incapacité. Les adultes ne peuvent pas en bénéficier ;

- elle n'est pas indexée automatiquement au coût de la vie comme d'autres programmes de transfert. Sa valeur réelle va donc en diminuant avec les années.

Par ailleurs, il s'agit d'une prestation à montant unique qui ne tient pas compte de la gravité du désavantage et qui compense toutes les incapacités de manière identique. Cette uniformisation de la prestation s'explique par la volonté de simplifier l'administration de ce programme, même si elle contrevient au principe d'équité horizontale qui exige que nous traitions de manière différenciée les personnes se trouvant dans des situations qui justifient cette différenciation.

Ces difficultés ne sont certainement pas insurmontables, et nous restons persuadés qu'avec les réaménagements nécessaires, l'extension de cette formule vers d'autres clientèles pourrait constituer une véritable révolution dans nos manières de réaliser la compensation équitable.

La prestation canadienne pour enfants handicapés (PEH), entrée en vigueur en 2003, constitue l'autre forme d'allocation pour enfants handicapés. Elle est cumulable avec l'allocation québécoise et présente des analogies certaines avec ce régime : allocation qui ne varie pas selon le type d'incapacité, versement sous forme de rente mensuelle. Elle recèle toutefois des irritants additionnels :

- elle ignore l'équité horizontale en ce qu'elle cesse de reconnaître les coûts additionnels occasionnés par l'incapacité lorsqu'un seuil de revenu est atteint. Ainsi, deux familles dont le revenu familial est identique paieront le même montant d'impôt et auront le même montant disponible après impôt ; toutefois, la famille comptant un

enfant handicapé aura à supporter des dépenses liées à l'incapacité sans que l'État ne les reconnaisse ;

- elle est fondée sur le revenu familial et décroît lorsque ce revenu excède un certain seuil. Pour les familles « recomposées » où un des adultes n'est pas le parent de l'enfant handicapé, ce mode de calcul désavantage le parent de l'enfant puisqu'il réduit la capacité d'obtenir la PEH. Le nouveau conjoint n'a aucune responsabilité financière à l'égard de cet enfant et, pourtant, la PEH sera réduite. Notons que cette problématique n'est pas restreinte à la PEH, mais vise tout le concept de la prestation fiscale pour enfants, de même que les préférences fiscales fondées sur la notion de revenu familial.

7.5 Les iniquités résultant du cumul des différents programmes

Si l'on abandonne l'analyse séparée de chacun des programmes mentionnés ci-dessus et que l'on adopte une approche globale, on réalise que la multiplication des régimes de compensation crée des possibilités de cumul qui n'ont pas nécessairement été voulues par le législateur. Nous nous bornerons à indiquer ici quelques exemples de ces situations de cumul : que ce soit en raison d'un oubli du législateur ou d'une hypothèse d'application peu fréquente, certaines personnes handicapées gagnent présentement sur plusieurs tableaux au détriment des autres, ce qui viole le principe de l'équité intragroupe. Certaines de ces hypothèses de cumul peuvent être analysées comme créant une iniquité dans le système actuel, alors que d'autres pourront être vues comme une conséquence normale du fait de remplir les conditions d'admissibilité à deux programmes différents. L'iniquité ne provient pas alors de la possibilité de cumul en elle-même, mais plutôt du manque de transparence de la valeur véritable de la compensation offerte, ainsi que de la multiplication des programmes visant la même clientèle, source de confusion.

- La victime d'un accident d'automobile peut cumuler les indemnités accordées par la SAAQ avec l'allocation pour enfant handicapé et le crédit d'impôt pour déficience

mentale ou physique (directement ou par voie de transfert). Au niveau fédéral, elle peut même cumuler son indemnité de remplacement du revenu et toute une série de crédits d'impôts où cette dernière indemnité n'est pas comptabilisée (crédit de TPS, d'impôts fonciers, crédit d'impôt à l'égard de la famille, etc.).

- La victime d'un accident du travail peut cumuler ses indemnités et le crédit d'impôt pour déficience mentale ou physique (directement ou par voie de transfert).

- Les parents d'un enfant handicapé peuvent cumuler l'allocation spéciale pour enfants handicapés (Québec), les crédits d'impôts provincial et fédéral pour déficience mentale ou physique (par voie de transfert), ainsi qu'une portion plus ou moins grande de la prestation canadienne pour enfants handicapés (selon leur revenu).

- À l'intérieur du système fiscal même, un contribuable peut réclamer, à l'égard d'une personne handicapée, le crédit québécois pour personne à charge de même que le crédit remboursable pour l'hébergement d'un parent si ce dernier est âgé d'au moins 60 ans. On notera qu'un tel cumul est interdit au niveau fédéral.

Ces situations, où plusieurs mesures de compensation peuvent profiter à une même personne, militent en faveur de la création d'un mécanisme unifié de compensation, afin d'assurer une meilleure transparence et une répartition équitable des fonds publics consacrés à ces mesures. Ce projet de création d'un mécanisme d'allocation unifiée fait l'objet de la prochaine section.

8. Création d'une allocation unifiée pour personnes handicapées

Nous proposons l'instauration d'une allocation pour personne handicapée (APH). À l'heure actuelle, certaines victimes indemnisées par l'État (notamment les victimes d'actes criminels) le sont sur la base des revenus dont elles disposaient *avant* la survenance de l'invalidité. Par ailleurs, le programme d'allocation pour enfants handicapés prévoit une prestation mensuelle de 119 $ au Québec, à laquelle peut s'ajouter la prestation fédérale maximale 133 $ et qui cesse lorsque son bénéficiaire atteint l'âge adulte. L'allocation pour contraintes sévères à l'emploi prend alors le relais pour les personnes les plus pauvres (243 $ par mois pour les bénéficiaires de la sécurité du revenu) alors qu'il existe un crédit d'impôt pour déficience mentale ou physique pouvant être utilisé par la personne handicapée qui est sur le marché du travail (ce crédit pouvant être transféré à une personne apparentée qui, de façon générale, en a la charge). Ces mesures créent des iniquités sur le plan de l'admissibilité, du montant de la compensation et des modalités de versement. Il nous semble logique de les fondre en une allocation unique et simplifiée, puisqu'elles cherchent à répondre au même besoin : favoriser l'égalité des chances en permettant aux personnes ayant une incapacité de prendre des mesures, adaptées à leur situation, visant à favoriser leur pleine participation à la vie sociale.

8.1 Principe et modalités de versement

Notre proposition d'allocation pour personne handicapée est un transfert monétaire direct plutôt que fiscal. Il prend la forme d'une allocation non imposable versée aux personnes handicapées jusqu'à l'âge de 65 ans.

La mise en place d'un tel régime au Québec devrait être assez simple, puisqu'il existe déjà un programme identique pour les familles ayant un ou des enfants handicapés. L'allocation pour enfant handicapé (voir Partie 1, chapitre 2.3) est administrée par la Régie des rentes du Québec, mais son financement est assuré entièrement par les revenus de l'État. La somme versée aux familles est la même pour tous et elle n'est pas

imposable. Nous proposons donc d'étendre cette mesure aux personnes de 18 à 65 ans, tout en uniformisant son montant. L'administration continuerait d'être faite par la Régie des rentes du Québec, et les transferts seraient réalisés mensuellement par versement direct dans les comptes bancaires des bénéficiaires. Lors d'une seconde phase de développement de ce nouveau programme, on pourrait introduire des normes permettant de moduler l'APH afin de tenir compte de la gravité de certaines incapacités ou de l'importance du désavantage subi. De tels indicateurs existent déjà quand vient le temps de décider du niveau de compensation dans les programmes assuranciels. Cependant, dans une première phase d'implantation du régime, il nous apparaît important de le simplifier au maximum et de s'assurer d'en contrôler les coûts. Les régimes de compensation que nous fusionnons ne distinguent pas les niveaux d'incapacité et, dans la perspective où l'on cherche à minimiser le nombre des perdants pour maximiser celui des gagnants, tout en respectant la capacité de payer de l'État, nous jugeons préférable de maintenir à court terme cette politique.

Cette prestation devrait être accordée sur une base individuelle, et elle ne tiendrait donc pas compte du revenu des ménages. L'individualisation de la mesure nous apparaît nécessaire afin de respecter l'égalité de traitement entre toutes les personnes handicapées. Aucune contrepartie ne serait attendue de la part des prestataires, qui décideraient eux-mêmes du meilleur usage de cette prestation. L'APH demeurerait entièrement cumulable jusqu'à ce que les revenus de la personne handicapée atteignent 53 500 $, ce qui correspond à la limite assurable (en 2003) de plusieurs régimes d'indemnisation comme ceux administrés par la CSST et la SAAQ. Cette limite se rapproche également du seuil de récupération établi en matière de prestation de la sécurité de la vieillesse (57 879 $ en 2003). À partir de ce niveau de revenu, un mécanisme serait mis en place afin que la prestation diminue progressivement, comme c'est le cas aujourd'hui avec la prestation fiscale canadienne pour enfants. Il s'agit donc d'une prestation quasi universelle, puisque selon les statistiques fiscales de l'année 2001, seulement 12,5 % des personnes ayant réclamé le crédit pour personnes handicapées avaient un revenu supérieur à 50 000 $. On peut se poser la question de savoir pourquoi, en tout respect pour le cloisonnement entre l'équité verticale et l'équité horizontale, l'APH n'est pas accordée à tous comme on le fait généralement dans

l'octroi des services gouvernementaux dédiés aux besoins spéciaux (voir à ce sujet la section 2.1 du chapitre 2, seconde partie). L'explication vient du fait que l'APH est une mesure basée sur la solidarité sociale. Il nous apparaît normal que lorsque les revenus du bénéficiaire atteignent un niveau supérieur à celui de la majorité des citoyens, on diminue progressivement le transfert. Ce dernier a alors démontré *de facto* que malgré ses incapacités, il peut compter sur des revenus considérés socialement satisfaisants.

Par ailleurs, le transfert direct plutôt que fiscal trouve son modèle auprès de divers programmes existants, comme la prestation fiscale canadienne pour enfants où l'on note les caractéristiques suivantes :

- formulaire de demande non intégré à la déclaration de revenus ;
- allocation décroissante en fonction de l'augmentation du revenu, à partir d'un certain seuil ;
- administration confiée à la Régie des rentes du Québec.

La « défiscalisation » de l'allocation unifiée, à tout le moins à l'égard des formalités entourant sa demande d'obtention, permettra d'éviter que ce bénéfice ne subisse le même sort qu'un bon nombre d'avantages fiscaux qui, selon les statistiques disponibles, ne sont pas versés aux bénéficiaires à chaque année, simplement parce que le système est trop complexe ou que les bénéficiaires potentiels en ignorent l'existence. Ce motif a justement été retenu par le gouvernement lorsqu'il a créé la nouvelle prestation canadienne pour enfants handicapés. Alors qu'un comité avait suggéré d'utiliser le mécanisme du crédit d'impôt remboursable, l'intégration de cette prestation à la prestation fiscale canadienne pour enfants a été jugée préférable, notamment au motif qu'il s'agit d'un mécanisme déjà utilisé pour verser des prestations mensuelles.

8.2 Personnes visées et financement disponible

Poursuivant l'objectif de simplifier la gestion de la nouvelle allocation, un versement uniforme devrait être effectué aux personnes âgées de 0 à 65 ans et ayant une

incapacité permanente suffisamment grave. Nous n'avons pas prévu que cette allocation puisse être versée aux personnes de 65 ans et plus ; évidemment, nos estimations quant au financement disponible feront abstraction des sommes actuellement consacrées à cette clientèle. Les motifs qui ont guidé ce dernier choix sont multiples. Indiquons notamment que :

- certaines des raisons qui justifient la mise en place d'un régime particulier de transfert aux personnes handicapées (soutien financier pour compenser les difficultés du marché du travail et maintien de l'incitation au travail) ne se posent pas avec la même acuité dans le cas des personnes âgées ;

- le programme fédéral de sécurité de la vieillesse ainsi que le supplément du revenu garanti jouent déjà, d'une certaine façon, le rôle d'une allocation de base ;

- plusieurs des programmes actuellement en vigueur ont adopté cette limite de 65 ans (allocation pour contraintes sévères à l'emploi, régimes d'indemnisation applicable aux victimes d'actes criminels, etc.), ce qui faciliterait la transition des anciens programmes vers le nouveau.

D'ailleurs, toute la question de la fiscalité applicable aux personnes âgées nécessiterait en soi la préparation d'un rapport de recherche visant à analyser la logique des crédits d'impôts propres à cette catégorie de citoyens. Ainsi, le crédit en raison de l'âge, même s'il a fait l'objet de restrictions importantes en 1994, a été utilisé par près de 3,5 millions de Canadiens en 2001. Le coût de la mesure a été estimé à 1,3 milliard de dollars, et il devrait atteindre 1,4 milliard en 2003 (130 millions au Québec). L'écart important entre le coût de la mesure, au fédéral et au Québec, s'explique par le fait que les chances de pouvoir profiter du crédit québécois sont moindres, notamment parce que le revenu des *deux* conjoints est pris en compte aux fins du calcul de la réduction du crédit. Par ailleurs, le crédit d'impôt pour revenus de pension est principalement utilisé par les 65 ans et plus. En 2001, au niveau fédéral, 2,9 millions de contribuables ont réclamé ce crédit pour un coût global de 395 millions de dollars (estimation de 410 millions de dollars en 2003). Au Québec, le coût de cette mesure est estimé à 54 millions de dollars

pour 2003, et c'est seulement à ce palier de juridiction que le bénéfice est modulé en fonction du revenu. On notera également que les Statistiques fiscales 2002 indiquent que les gens âgés de 65 ans et plus profitent des crédits d'impôt non remboursables québécois à raison de 11 255 $ par contribuable, alors que cette somme passe à 8 744 $ pour les moins de 25 ans. Enfin, cette clientèle tire déjà un grand bénéfice de la dépense fiscale réservée aux crédits pour frais médicaux. En 2001, les personnes âgées de 65 ans et plus ont utilisé 52 % des sommes consacrées à ce crédit au fédéral, alors qu'ils ne représentaient que 17,6 % des contribuables ayant déposé une déclaration de revenu. Selon les prévisions du gouvernement fédéral, ce poste de dépense devrait augmenter annuellement d'environ 40 millions de dollars et atteindre 625 millions de dollars en 2003, alors qu'il était de 355 millions de dollars en 1997.

Bref, les personnes âgées de 65 ans et plus profitent de plusieurs mesures fiscales dont les coûts se chiffrent en milliards de dollars. Étant donné la grande implication du gouvernement fédéral en ce domaine (notamment avec le supplément du revenu garanti), ainsi que les montants en jeu et le caractère hybride de ces mesures, qui s'adressent autant aux personnes handicapées qu'aux autres citoyens, il faudrait procéder à une analyse en profondeur de tous ces programmes avant de se prononcer sur leur abolition pour les personnes handicapées et leur remplacement par une allocation unifiée.

En tenant compte de cette limite relative à l'âge, l'APH serait accordée sans aucune autre condition que le fait d'être reconnu comme une personne handicapée par la Régie des rentes du Québec. Rappelons qu'au Québec en 1998, on évaluait à 1 086 800 le nombre de personnes ayant une incapacité, soit près de 15 % de la population. Cependant, nous ne croyons pas que toutes ces personnes devraient avoir droit à l'APH. Tout d'abord, plusieurs d'entre elles (42 %) ont plus de 65 ans. Ensuite, la grande majorité des personnes invalides n'ont en fait qu'une incapacité légère qui ne réduit pas véritablement leur capacité à obtenir des gains satisfaisants sur le marché du travail. L'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités* de 1998 a évalué que, dans la catégorie des 15-64 ans, approximativement 210 200 personnes se retrouvaient avec une incapacité modérée ou grave. L'enquête n'étant pas basée sur une évaluation

clinique, mais plutôt sur la perception par la personne handicapée des problèmes et limites qui résultent de son incapacité, il se peut que certains cas d'incapacité « légère » s'ajoutent à ce nombre, tout comme on pourrait disqualifier des cas d'incapacité jugés « modérés ». Tout bien considéré, on se rapproche d'un ordre de grandeur assez réaliste quant à la portée de notre proposition.

À court terme, et pour éviter de la confusion et des délais d'attente, la mesure devrait être mise en place en utilisant des critères nous permettant de capter quatre grandes clientèles-cibles : les bénéficiaires des régimes d'indemnisation financés par l'État telle la LIVAC, les prestataires actuels du supplément pour contraintes sévères à l'emploi de l'assistance-emploi, les contribuables qui ont droit au crédit d'impôt pour déficience mentale ou physique et les bénéficiaires de l'allocation pour enfants handicapés. À notre avis, il est important de faire en sorte que les clientèles actuelles de ces programmes puissent, pour la grande majorité, bénéficier de l'APH dès sa mise en place. Rappelons que le programme d'assistance-emploi prévoit que pour avoir droit à la prestation pour contraintes sévères à l'emploi, il faut démontrer « que son état physique ou mental est, de façon significative, déficient ou altéré pour une durée vraisemblablement permanente ou indéfinie » (voir la Première partie, chapitre 2, section 1.2 pour plus de détails). De son côté, le contribuable qui veut bénéficier du crédit d'impôt pour déficience mentale ou physique doit faire la preuve qu'il a « une déficience mentale ou physique grave et prolongée » (voir la Première partie, chapitre 3, section 2.1 pour plus de détails). Finalement, l'allocation pour enfants handicapés est accordée « à l'enfant ayant une déficience ou un trouble de développement qui le limite de façon importante dans les activités de la vie quotidienne pendant une période d'au moins un an » (voir la Première partie, chapitre 2, section 1.3 pour les détails). Il faudrait s'inspirer de ces définitions pour définir le seuil d'admissibilité à l'APH.

Au Québec, on compte actuellement 126 601 bénéficiaires de la prestation pour contraintes sévères à l'emploi et 26 386 bénéficiaires de l'allocation pour enfants handicapés. Voilà les seuls chiffres certains dont nous disposons, en ce qui concerne les transferts monétaires offerts par l'État aux personnes handicapées.

Les victimes d'actes criminels et d'actes de civisme sont aussi aisément identifiables, mais le problème vient du fait que ce ne sont pas toutes des personnes handicapées, bien au contraire. Nous avons donc choisi de *ne pas comptabiliser* les montants présentement consacrés à ces dernières clientèles dans le calcul du financement disponible pour une allocation pour personnes handicapées : le réalisme politique nous incite à conserver ces programmes pour les cas d'incapacités temporaires, tout en modifiant le mécanisme de calcul des indemnités pour l'harmoniser avec le modèle de l'APH. Par ailleurs, les victimes de l'application d'un programme d'immunisation et celles de l'hépatite C ne sont pas incluses dans le tableau qui suit, tant en raison de leur petit nombre que de la difficulté d'obtenir des statistiques détaillées.

Exposons tout d'abord certaines données relatives aux bénéficiaires des programmes existants, pour ensuite expliquer la méthodologie retenue en ce qui concerne le nombre de bénéficiaires des divers crédits d'impôt. Nous avons indiqué, entre parenthèses, l'année de référence pour laquelle les dernières données étaient disponibles. En ce qui concerne les programmes fédéraux, la colonne « coût actuel » ne vise évidemment que les sommes consacrées aux personnes handicapées du Québec.

Clientèle visée	Nombre	Valeur mensuelle du transfert	Coût actuel
Victimes d'actes criminels (2002)	2 774	Rente variant selon le revenu antérieur	35 M$ (incluant les rentes aux personnes à charge)
Personnes blessées en accomplissant un acte de civisme (2002)	32	Rente variant selon le revenu antérieur	400 000 $ (incluant rentes aux personnes à charge)
Enfants handicapés (Québec) (2002)	26 386	Allocation fixe de 119 $	38 M$
Enfants handicapés (fédéral) (2003)	10 000 familles (estimation)	Allocation maximale de 133 $ (en fonction du revenu familial)	12,5 M$ (estimation)
Adultes avec contraintes sévères à l'emploi (2003)	126 601	Allocation fixe de 243 $	369 M$

Clientèle visée	Nombre	Valeur mensuelle du transfert	Coût actuel
Crédit québécois pour déficience physique ou mentale (2000) - ont réclamé le crédit - ont transféré le crédit	 39 000 12 400	 38 $ 38 $	 17,8 M$ 5,6 M$
Crédit fédéral pour déficience physique ou mentale (2001)	47 520	83 $	55,3 M$ (dont 7,6 M$ pour la composante « enfant »)
Crédit d'impôt fédéral pour aidant naturel (2001)	12 605	Crédit maximal de 48,84 $ (en fonction du revenu)	6,7 M$
Crédit d'impôt québécois pour personne à charge	N/D	Crédit maximal de 102 $ (en fonction du revenu)	Moins de 5 M$ (estimation 2003)
Crédit d'impôt fédéral pour personne à charge	N/D	Crédit maximal de 48,84 $ (en fonction du revenu)	1,25 M$ (estimation 2002)

Ce tableau présente un portrait très général de la situation actuelle et nécessite l'ajout de plusieurs réserves et commentaires. Les données visant clairement et exclusivement les personnes handicapées sont rares, ce qui nous a souvent obligé à procéder par recoupages et déductions. Le tableau n'identifie pas clairement les cas de cumuls. Ainsi, les parents d'un enfant handicapé ont droit, à l'heure actuelle, à l'allocation québécoise de 119 $ par mois et au transfert du crédit d'impôt pour déficience mentale ou physique. Par ailleurs, les statistiques présentées ne tiennent pas compte des personnes âgées de 65 ans et plus : puisque ces personnes ne sont pas visées par l'APH, elles ne doivent pas être comptabilisées (en termes de nombre et de sommes investies). Voici quelques commentaires plus particuliers touchant la méthodologie employée pour certains de ces programmes.

- *Crédit provincial pour déficience physique ou mentale* – Les statistiques québécoises de l'année 2000 indiquent que 75 280 personnes handicapées ont réclamé directement ce crédit. Ce chiffre est ramené à 39 000 lorsque l'on exclut les personnes âgées de 65 ans et plus. Par ailleurs, on sait que 23 835 contribuables ont bénéficié de ce crédit par la voie d'un transfert. En utilisant par hypothèse le

même ratio 0-64 ans / 65 ans et plus que celui existant pour les personnes ayant employé directement le crédit (soit 52 % / 48 %), on arrive à 12 400 personnes. Au chapitre des coûts (dernière colonne du tableau), seuls sont indiqués ceux reliés aux bénéficiaires âgés de moins de 65 ans.

- *Crédit fédéral pour déficience physique ou mentale* – Les statistiques fédérales fusionnent, à l'égard de ce crédit, le nombre de contribuables qui l'ont réclamé directement et ceux qui l'ont obtenu par voie de transfert, autrement que du conjoint. Selon ces données, le nombre de contribuables québécois visés est estimé à 79 000 sur les 390 000 Canadiens qui l'ont réclamé. Pour ce qui est des transferts effectués par le conjoint, nous nous appuyons sur le rapport intitulé « Un système plus juste envers les Canadiens : le crédit d'impôt pour personnes handicapées » déposé en mars 2002, qui cite l'ADRC et le ministère des Finances selon lesquels le nombre serait de 100 000 au Canada. En utilisant le même ratio, nous concluons qu'environ 20 000 personnes réclament de cette façon le crédit au Québec, de sorte qu'environ 99 000 Québécois réclament ce crédit au niveau fédéral. Ce chiffre est par ailleurs congruent avec les données québécoises. Par ailleurs, au niveau fédéral, la proportion des contribuables de 65 ans et plus ayant réclamé le crédit est de 52 %, de sorte que nous avons procédé avec l'hypothèse que 47 520 personnes bénéficient du crédit fédéral et sont âgées de moins de 65 ans (les données fiscales complètes pour l'année 2001, publiées en décembre 2003 et dont nous ne disposions pas lors de la première rédaction de ce rapport, indiquent que le nombre réel était de 47 560 personnes. Le très faible écart avec notre hypothèse de travail permet de juger de la justesse de nos évaluations.). Il est certes possible qu'un transfert d'une personne de moins de 65 ans soit effectué à une autre de plus de 65 ans, ou vice versa, ce qui affecte les données. Toutefois, les pourcentages de près de 50 % que nous utilisons à l'égard de personnes de 65 ans et plus font en sorte que nous présumons qu'il y a presque autant de transferts vers un groupe que vers l'autre. Ce crédit comprend une composante réservée aux personnes de moins de 18 ans qui peut atteindre 586 $ par année et est réduit lorsque certaines dépenses excédant 2 145 $ sont réclamées en déduction. Toutefois, contrairement à la PEH, il n'est pas modulé en fonction du revenu familial. Bien que nous n'ayons

pas de statistiques claires quant au nombre d'enfants du Québec à l'égard de qui ce crédit est réclamé, nous savons qu'il doit être déjà inclus dans le nombre de contribuables qui réclament ce crédit et que nous avons identifiés, soit 79 000. Afin de nous aider à identifier le coût de cette mesure, nous avons procédé par une approche comparative. Nous savons que 26 236 enfants reçoivent l'allocation pour enfants handicapés au Québec et qu'environ 10 000 enfants au Québec bénéficieront de la nouvelle PEH réservée aux familles à revenu modeste. Pour ce motif, nous avons considéré que 50 % des 26 236 bénéficient de la totalité du crédit additionnel de 586 $, ce qui ajoute à la somme disponible.

- *Crédit fédéral pour aidant naturel* – Dans le budget 1998 qui a proposé le crédit pour aidant naturel, le gouvernement indique que « cette mesure accordera une aide à près de 450 000 aidants naturels qui n'ont habituellement pas droit au crédit pour personne déficiente à charge ». La réalité est que 119 320 personnes ont réclamé au Canada ce crédit en 2001. Par ailleurs, ce crédit peut être pris lorsque le contribuable héberge un parent âgé de 65 ans et plus ou une personne handicapée, peu importe son âge. Or, les statistiques ne nous permettent pas de déterminer le coût de la mesure uniquement pour les personnes de moins de 65 ans, puisque aucune indication n'est fournie à cet effet. De plus, il est possible que l'aidant naturel soit âgé de moins de 65 ans et que le crédit soit réclamé pour une personne de plus de 65 ans. Dans la colonne des coûts, nous avons donc réduit arbitrairement le montant réel de 48 %, soit la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus qui utilisent par ailleurs le crédit pour déficience mentale ou physique. La même remarque vaut également pour le crédit provincial et fédéral pour personne à charge.

Une simple addition du nombre des bénéficiaires, pour chacun de ces programmes, ne peut donner une idée exacte de la population visée. Ainsi, certains d'entre eux ciblent la même clientèle : c'est le cas des allocations provinciale et fédérale pour enfants handicapés. De plus, tel qu'indiqué précédemment, les cas de cumuls ne sont pas indiqués, car ils sont impossibles à chiffrer de façon précise, ce qui implique que le nombre réel de bénéficiaires est moindre que le total de chacune des cases du tableau.

En revanche, nous savons que le crédit d'impôt pour déficience mentale ou physique est sous-utilisé. Un programme comme l'APH, qui serait normalement plus accessible que le crédit d'impôt, pourrait donc facilement faire augmenter le nombre de demandeurs. Enfin, il ne faut pas oublier que les personnes handicapées dont le conjoint a des revenus, présentement non admissibles au programme d'assistance-emploi, auraient accès à l'APH (en revanche, plusieurs d'entre elles transfèrent à leur conjoint le crédit d'impôt pour déficience).

À l'heure actuelle, nous estimons que moins de 200 000 personnes visées par une éventuelle APH tirent profit de l'un ou l'autre de ces transferts monétaires. Il est probable que l'on puisse atteindre le seuil des 220 000 bénéficiaires pour la phase d'implantation du programme ; un bassin de 250 000 personnes constituant par ailleurs une évaluation raisonnable du maximum d'individus visés par la mesure. Tout dépendra évidemment des conditions d'admissibilité qui pourront être retenues.

8.3 Montant de l'allocation pour personnes handicapées

Puisque l'APH est basée sur un principe de solidarité sociale, il nous semble clair que l'ensemble des citoyens, à partir de l'assiette générale des impôts, soient appelés à financer la mesure. C'est d'ailleurs ainsi que fonctionnent tous les programmes actuels dont nous proposons la fusion. En les regroupant sous un programme unique, il deviendra beaucoup plus facile d'assurer la répartition équitable des fonds consacrés à l'allocation.

Plusieurs scénarios peuvent être envisagés en ce qui concerne le montant de l'allocation : nous en présenterons un, avec quelques variantes. Avant de les exposer, nous croyons important de préciser les points suivants :

- il faut assurer une transition en douceur des anciens programmes vers le nouveau, afin de minimiser le nombre de perdants éventuels. C'est pourquoi le programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels, notamment, ne doit pas disparaître

mais que l'on doit plutôt harmoniser les mécanismes de calcul des indemnités monétaires ;

- l'APH tend à favoriser l'égalité des chances entre les personnes handicapées et la population générale, non l'égalité des revenus. L'APH ne constitue pas un mécanisme de lutte à la pauvreté (voir section 3.6), et il ne faut donc pas s'attendre à ce que le montant de l'allocation permette à lui seul à toutes les personnes handicapées d'atteindre un revenu décent ;

- la valeur constante future de l'APH doit être garantie par un mécanisme automatique d'indexation, basé sur le taux annuel d'inflation. L'absence d'indexation est la meilleure façon de rendre inopérant, à moyen et à long terme, un programme déterminant pour les personnes handicapées, puisqu'il remplace tous les programmes actuels de compensation sous forme monétaire ;

- le financement de l'APH provient en partie de fonds fédéraux, notamment le crédit d'impôt pour déficience mentale ou physique et la prestation canadienne pour enfants handicapés. Une entente fédérale-provinciale devrait donc être conclue pour autoriser ces transferts de fonds. Au moment d'écrire ces lignes (été 2003), il existe un Comité consultatif technique sur les mesures fiscales touchant les personnes handicapées, dont le mandat est entre autres d'« aider le gouvernement à trouver des solutions aux problèmes relevés par la communauté des personnes handicapées, d'une manière qui concorde avec l'objet du crédit d'impôt pour personnes handicapées et qui tienne compte des ressources budgétaires disponibles ». Des démarches devraient être faites auprès de ce comité afin de le sensibiliser à la question. En tout état de cause, rien n'empêcherait d'implanter l'APH sans qu'une entente de transfert n'ait été conclue avec le fédéral : il suffirait de prévoir un mécanisme de réduction proportionnel au montant des prestations et crédits de source fédérale.

Notre scénario de base consiste à fixer une allocation mensuelle de 250 $ pour tous les bénéficiaires. Il s'agit d'une proposition qui a pour premiers objectifs de maintenir le

revenu disponible des prestataires actuels de l'aide sociale, tout en mettant en place une nouvelle structure qui sera plus cohérente et plus prometteuse pour l'avenir. Une allocation plus faible représenterait un recul pour les personnes handicapées les plus pauvres, alors qu'une allocation plus généreuse nécessiterait une injection importante de fonds nouveaux, dans un contexte où les services et équipements offerts aux personnes handicapées nécessitent un financement accru. Le revenu maximal admissible (53 500 $ en 2003) de même que le montant de la prestation seraient automatiquement ajustés chaque année, à partir de l'indice des prix à la consommation.

À l'heure actuelle, plus d'un demi milliard de dollars est engagé par l'État en faveur des personnes âgées de moins de 65 ans et ayant une incapacité, que ce soit sous la forme d'une aide monétaire directe ou encore d'allégements fiscaux. En rappelant certaines données du tableau de la section précédente, les montants les plus importants proviennent des sources suivantes :

- l'allocation pour contraintes sévères à l'emploi : selon les données de 2003, 126 601 bénéficiaires touchent une rente mensuelle de 243 $, pour un total de 369 M$;

- l'allocation pour enfants handicapés : les dernières données disponibles (2002) révèlent que 26 386 enfants avaient droit à l'allocation mensuelle de 119,22 $ en vertu du programme québécois, pour un déboursé total de 38 M$. Il faut ajouter à cela les projections relatives à la nouvelle prestation canadienne pour enfants handicapés, dont les coûts sont estimés à 50 M$ au Canada et donc 12,5 M$ pour le Québec ;

- le crédit d'impôt pour déficience mentale ou physique : la portion du crédit fédéral attribuable aux Québécois est de 79,3 millions de dollars (sur un total estimé pour 2002 de 400 M$). Cette somme pourrait toutefois atteindre 100 millions puisque les statistiques indiquant le nombre de bénéficiaires de ce crédit ignorent les cas de transferts, pouvant s'élever à environ 20 000. À cette somme, nous devons ajouter la composante du crédit réservée aux moins de 18 ans et dont nous avons estimé le

coût à 7,6 millions de dollars pour les enfants québécois. Au Québec, en se fondant sur le nombre de personnes qui, selon les statistiques, ont réclamé ce crédit, la dépense réelle qui a été engagée par le trésor québécois est de 40 millions de dollars, bien que les *Dépenses fiscales* publiées par le ministère des Finances du Québec ne prévoient qu'un coût de 27 M$ pour ce crédit en 2003. Si l'on exclut les sommes consacrées aux personnes âgées de 65 ans et plus, on en arrive à un montant variant entre 72 et 82 millions de dollars ;

- le crédit d'impôt pour aidant naturel et le crédit d'impôt pour personne à charge : étant donné le caractère hybride de ces deux crédits et l'absence de statistiques ventilées sur les deux catégories de personnes visées (personnes handicapées et personnes âgées), nous retenons comme montant disponible la moitié des sommes consacrées par les deux paliers de gouvernement, soit 6,5 millions de dollars.

C'est en additionnant ces montants qu'on en arrive à un total dépassant le demi-milliard de dollars. Ce chiffre conservateur ne tient pas compte des économies d'échelle qui pourraient résulter de la mise en place d'un régime universel dont la gestion serait confiée à un seul organisme. Sont également exclues les sommes actuellement consacrées aux programmes d'indemnisation des victimes d'actes criminels et d'actes de civisme, même s'il est clair qu'une partie de cette clientèle, non admissible à une indemnité de remplacement du revenu en l'absence de revenus de travail antérieurs à l'accident, se tourne en bout de ligne vers le programme d'assistance-emploi et son allocation pour contraintes sévères à l'emploi.

En comparaison avec le bassin potentiel de personnes qui seraient admissibles à l'APH (entre 220 000 et 250 000, voir section 3.2), les coûts du nouveau régime varieraient entre 660 et 750 M$ pour la première année, ce qui nécessiterait une injection d'argent neuf d'au plus 250 M$.

Les gagnants d'une telle proposition sont nombreux :

- les plus grands gagnants sont, sans aucun doute, les personnes qui ne touchent actuellement aucune compensation et qui seront admissibles à l'APH : personnes handicapées sur le marché du travail, mais dont les revenus n'étaient pas suffisants pour tirer profit du crédit d'impôt pour déficience mentale ou physique, personne handicapée non admissible à l'aide sociale (et donc à l'allocation pour contraintes sévères à l'emploi) en raison des revenus de son conjoint. C'est probablement ici que l'APH corrigera la plus grande iniquité existant, à l'heure actuelle, à l'intérieur de la population des personnes handicapées ;

- les bénéficiaires de l'allocation pour contraintes sévères à l'emploi voient leur prestation augmentée de façon minime : de 243 $ (en 2003) à 250 $. Pourtant, l'universalisation de la mesure, qui leur permet d'échapper plus facilement au piège de l'aide sociale, constitue un pas en avant important pour cette clientèle. La section 3.5 du présent chapitre reviendra sur les avantages de sortir progressivement ce groupe d'un régime assistanciel ;

- les personnes handicapées sur le marché du travail, puisque le montant de l'APH dépasse la somme des crédits d'impôts actuellement disponibles, tout en simplifiant grandement la procédure et en transformant un crédit accordé annuellement en une rente mensuelle ;

- les personnes qui, tout en étant admissibles aux programmes de compensation relié à la cause de l'incapacité et financés par l'État (victimes d'actes criminels, de l'application d'un programme d'immunisation, etc.), ne touchent aucune indemnité monétaire parce qu'elles ne gagnaient aucun revenu au moment de leur accident : enfants, adultes hors du marché du travail. Tel qu'indiqué dans la première partie de ce rapport, ces personnes représentent la majorité des victimes d'actes criminels.

Au chapitre des perdants, on signalera :

- certains parents d'un enfant handicapé dont les revenus entraînent le paiement d'un impôt. À l'heure actuelle, une partie d'entre eux peuvent cumuler l'allocation québécoise pour enfant handicapé (119 $ par mois) ainsi que les crédits provincial et fédéral pour déficience mentale ou physique (170 $ par mois, par voie de transfert), sans oublier la portion de la nouvelle prestation canadienne pour enfant handicapé qui ne subit aucune réduction lorsque le revenu familial est inférieur à 33 487 $ (pour une famille d'au plus trois enfants). On s'aperçoit toutefois que dans la tranche de revenu où la PEH est payable en entier, il se pourrait que le crédit d'impôt pour déficience mentale ou physique ne puisse être réclamé puisque, en tenant compte de la répartition du revenu lorsqu'il y a deux conjoints, il est possible qu'aucun impôt ne soit payable. La PEH serait-elle un témoignage de cette impossibilité qu'ont les familles à bas revenus de réclamer le crédit pour déficience mentale ou physique ? Lorsque les revenus sont inférieurs, la possibilité d'utiliser les crédits d'impôt disparaît (revenu imposable insuffisant), mais le plein montant de la prestation canadienne pour enfant handicapé devient disponible (133 $ par mois). L'APH fixée à 250 $ correspond alors à la somme actuelle des deux allocations (provinciale et fédérale) pour enfants handicapés (133 $ + 119 $ = 252 $) ;

- la personne qui prend soin du bénéficiaire de l'allocation pour contraintes sévères à l'emploi sans résider avec lui et qui n'est pas son conjoint : cette personne perd alors le droit de se faire transférer le crédit d'impôt pour déficience mentale ou physique du prestataire de l'aide sociale. Cette situation se présente à notre avis rarement, à l'heure actuelle ;

- les victimes d'actes criminels ou d'actes de civisme qui travaillaient au moment de l'accident. Le régime actuel, qui prévoit une indemnité de remplacement du revenu égale à 90 % de leur revenu net, sera remplacé par le versement de l'APH, d'un montant souvent inférieur. Nous avons déjà expliqué, dans la section 2.1 de ce chapitre, en quoi cette approche « remplacement du revenu » nous apparaissait inéquitable pour cette catégorie de victimes. À la correction de l'iniquité existante qui

résultera de l'instauration de l'APH, on ajoutera la disparition de la nécessité de faire la preuve d'une relation causale entre les blessures subies et un acte déterminé. L'APH étant un régime de compensation sans égard à la cause, elle permettra d'indemniser plusieurs victimes qui ne réussissent pas à se qualifier, à l'heure actuelle, sous l'un ou l'autre des programmes en vigueur. Qu'il suffise de rappeler le taux très élevé de refus de demandes d'indemnisation pour les victimes d'un programme d'immunisation (plus de 80 %) et l'absence de nouveau dossier accepté depuis 2000, pour comprendre jusqu'à quel point les régimes de compensation reliés à la cause peuvent créer un goulot d'étranglement en ce qui concerne leurs conditions d'admissibilité ;

- les personnes handicapées dont le revenu personnel dépasse largement 53 500 $ en 2003. Ces personnes qui utilisent pleinement à l'heure actuelle le crédit d'impôt pour déficience mentale ou physique verront leur APH réduite de manière progressive. Il se peut que, pour les mieux nanties d'entre elles, le montant de l'APH effectivement reçu soit inférieur à la valeur actuelle du crédit d'impôt. Comme la valeur mensuelle actuelle du crédit d'impôt (80 $) est très inférieure à celle de l'APH, seul un revenu dépassant substantiellement le seuil du 53 500 $ entraînera une réduction de l'APH à un niveau inférieur à ce 80 $. Enfin, notons que les parents d'un enfant handicapé ne sont pas ici visés, puisque c'est le revenu de la personne handicapée elle-même qui doit être considéré.

8.4 Autres scénarios possibles de transition

Étant donné les principes de la compensation équitable sur lesquels sont fondés notre proposition, les possibilités de prévoir un scénario *fondamentalement différent* de celui exposé ci-dessus nous apparaissent inexistantes. Ainsi, la mise en place d'une allocation qui serait versée à certaines catégories de personnes handicapées (enfants, adultes à faible revenu, etc.) et non à d'autres ne nous semble pas acceptable. De même, l'abolition des programmes actuels d'assurance, qui permettrait d'ajouter un financement considérable au régime général, ne sera pas examinée au titre de scénario de rechange. Tout au plus pouvons-nous proposer certaines variantes à notre

proposition principale dans le but de la rendre moins coûteuse, si cela est le but recherché par les gouvernements.

Si l'on considère que l'injection d'argent neuf qui découle de notre proposition (entre 150 et 250 millions de dollars) n'est pas réalisable sur le plan budgétaire, la solution la plus simple et la plus compatible avec l'équité serait, pour une période transitoire, d'implanter une allocation dont le montant serait modulé pour tenir compte du revenu de son bénéficiaire. Ainsi, le montant mensuel de 250 $ devrait être accordé à tous ceux dont les revenus sont nuls (enfants, assistés sociaux) ou tellement faibles qu'ils n'entraînent le paiement d'aucun impôt (par hypothèse, moins de 15 000 $). Au-delà de ce montant, l'allocation serait réduite d'un certain pourcentage, qui irait en augmentant à mesure que les revenus sont plus élevés. L'une des grandes iniquités du système actuel est la règle du « tout ou rien » : admissibilité à une allocation pour contraintes sévères à l'emploi qui disparaît dès que des revenus, mêmes faibles, sont gagnés ; allocation pour enfant handicapé qui disparaît avec la majorité ; utilité du crédit d'impôt pour déficience qui disparaît si la personne pauvre n'a aucun proche à qui transférer le crédit, etc. Cette première stratégie aurait au moins le mérite de favoriser la mise en place de la mesure à un coût nul et de corriger ces iniquités. Bien entendu, à terme, il faudrait rechercher une universalité plus complète.

Une autre possibilité serait de débuter avec une prestation inférieure à 250 $ pour tous les bénéficiaires. Il suffirait alors d'identifier le montant compatible avec les budgets disponibles et de l'accorder à tous. Cette stratégie nous apparaît cependant moins acceptable que la stratégie précédente, puisqu'elle créerait beaucoup de perdants, notamment les enfants et les personnes handicapées les plus pauvres. Il est à notre avis nettement préférable de maintenir les revenus disponibles de ces deux groupes et d'accorder une prestation diminuée aux actifs (voir paragraphe précédent) qui, de toute façon, sortiront quand même gagnants de ce scénario. À l'heure actuelle, ces derniers reçoivent en effet une aide fiscalisée généralement inférieure à 250 $ par mois. Il est donc plus acceptable qu'il y ait une période de transition plus longue pour eux, si jamais les contraintes budgétaires conduisent à faire de tels choix.

8.5 Principaux avantages de l'allocation pour personnes handicapées

Les avantages de l'APH sont nombreux si l'on compare son application avec la situation actuelle. Le tout premier serait d'assurer à chaque bénéficiaire un traitement égal de la part de l'État. Les prestations monétaires octroyées par l'État seraient les mêmes pour tous, et il n'y aurait plus de traitement différencié selon la cause, l'origine de l'incapacité ou encore le statut des personnes. Cela nous apparaît pleinement découler de la conception de l'équité défendue préalablement dans ce rapport. Évidemment, il y aurait lieu, lorsque le programme sera mis en place, d'évaluer la pertinence d'accorder des prestations différenciées pour tenir compte de l'importance des désavantages subis.

Le fusionnement des programmes permettrait une grande simplification administrative. Cela devrait, à moyen terme, favoriser des économies d'échelle qui pourraient être réinvesties dans les allocations versées. De plus, la défiscalisation de la mesure aura un effet simplificateur certain, favorisant une meilleure compréhension que celle qui résulte des divers crédits d'impôts actuels.

Comme l'APH est accordée aux actifs tout comme aux inactifs, on s'assure d'une continuité dans la compensation. Cela est important pour maintenir une incitation égale pour le travail entre ces deux groupes. On a déjà souligné le phénomène du « piège de la pauvreté » qui enfermait les prestataires actuels de l'assistance-emploi. L'APH ne change pas complètement cette situation mais elle s'y attaque tout de même de front en transformant la prestation pour contraintes sévères à l'emploi en un montant cumulable, qui continue à être versé même quand on occupe un emploi, sauf lorsque le revenu excède le seuil qui aura été identifié. Le passage vers l'emploi rémunéré est donc grandement soutenu. Il sera plus facile d'accepter un emploi à temps partiel ou encore faiblement rémunéré puisque la personne handicapée conserve toujours son plein droit à l'APH, qui agit ainsi comme une forme de subvention indirecte à l'emploi. L'APH permet à son bénéficiaire de négocier certains aménagements sur le marché du travail (diminution du temps de travail, ajustements salariaux pour tenir compte de la capacité productive réduite) tout en garantissant l'accès à un revenu de compensation.

Bien entendu, plusieurs personnes ayant des incapacités auront encore besoin du programme de dernier recours qu'est l'assistance-emploi. Il aurait été préférable, suivant la logique de la compensation équitable, de transformer aussi le programme de l'assistance-emploi afin de permettre à tous les assistés sociaux, avec incapacité ou non, de ne plus être soumis à ce piège parafiscal ; cela va toutefois au-delà de notre mandat. L'APH ne permettra pas de sortir les personnes handicapées de l'assistance-emploi. Toutefois, à mesure qu'elle deviendra plus généreuse, elle les rendra un peu moins dépendantes qu'aujourd'hui à cette aide de dernier recours. Elle devrait aussi leur permettre de garder une relation plus saine et constructive envers l'emploi. Le fait que les prestations actuelles de l'assistance-emploi ne soient pas cumulables avec d'autres revenus place aujourd'hui les personnes handicapées devant un terrible dilemme, puisque les emplois rémunérés à moins de 800 $ par mois n'ont aucun attrait financier et que les autres ne deviennent intéressants qu'à partir du moment où les revenus nets générés par le travail dépassent ce seuil de façon significative.

Un autre avantage de l'APH est de sortir le soutien aux personnes ayant des incapacités d'une logique « assistancielle ». Ces personnes encourent des désavantages pour lesquels il est légitime de leur accorder une compensation. Cela ne fait pas d'elles des désœuvrés pour autant. Il faut seulement leur fournir des moyens qui ne les stigmatisent pas comme on a eu tendance à le faire dans le passé, en les enfermant malgré elles dans des programmes catégoriels. La logique de l'APH n'est pas assistancielle, car elle n'est pas accordée uniquement aux plus pauvres. Elle n'est pas assurancielle non plus, car elle ne cherche pas à replacer nécessairement les individus dans leur situation antérieure, ce qui serait contraire à l'équité sociale telle que nous la définissons. Il s'agit plutôt d'un mécanisme de solidarité sociale qui est établi sur la base d'un traitement égal des personnes et qui se situe au niveau de la réponse à des besoins jugés socialement nécessaires. Ce principe de solidarité peut jouer un rôle important dans l'avenir des politiques sociales envers les personnes handicapées. En effet, la fusion des programmes dans un régime unifié permet de concentrer les efforts de reconnaissance sociale. Les transferts n'étant plus fragmentés dans de multiples programmes, mais dans un seul, plus simple et plus transparent, les

personnes ayant des incapacités pourront plus facilement s'organiser politiquement pour voir à l'amélioration de leurs conditions.

Finalement, il faut insister sur le fait que l'APH peut s'inscrire dans un combat plus vaste pour la réalisation d'une nouvelle forme de revenu minimum garanti que l'on nomme « Revenu de citoyenneté » ou encore « Allocation universelle » (Aubry 2001 ; Bernier et Lévesque 1995 ; Blais 2001 ; Blais et Duclos 2001 ; Bresson 1994 ; Ferry 1995 ; Fitzpatrick 1999 ; Leleux 1998 ; Lerner, Clark & Needham 1999 ; Van Parijs 1992 ; Walter 1989). Contrairement, aux formes plus traditionnelles de revenu garanti comme l'aide sociale, l'allocation universelle est accordée à tous les citoyens *ex ante* plutôt que *ex post* et de manière inconditionnelle. L'APH représenterait la réalisation partielle, sous la forme d'une indemnité ciblée, de ce principe pour une catégorie particulière de nos citoyens qui en a grand besoin. Elle permettrait peut-être de faire évoluer les mentalités afin qu'émerge éventuellement une réflexion en profondeur sur l'avenir de l'ensemble des politiques sociales liées au soutien du revenu.

8.6 L'allocation pour personnes handicapées et la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale

8.6.1 Mise en contexte

Le 13 décembre 2002 était adoptée à l'unanimité par l'Assemblée nationale du Québec le projet de loi 112 visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. La loi énonce un certain nombre de principes et institue de nouveaux organismes comme un Comité consultatif, un Observatoire de la pauvreté et de l'exclusion sociale et le Fonds québécois d'initiatives sociales. Il établit aussi une obligation du gouvernement de présenter un plan d'action en mars 2003 afin de préciser les moyens pour atteindre les objectifs poursuivis. Ce plan d'action n'a, en fait, pas été déposé au printemps 2003 en raison du déclenchement des élections.

La loi cadre reste très générale et dit peu de choses sur les politiques qui pourraient éventuellement toucher la clientèle des personnes ayant des incapacités. Il faut plutôt

se tourner du côté du document préparatoire intitulé « Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale », déposé le 12 juin 2002, pour avoir une idée plus précise des intentions du gouvernement. Ce document a permis de lancer un certain débat dans la société et il a notamment créé beaucoup d'attentes de la part du mouvement social de lutte contre la pauvreté. Des audiences à l'automne 2002 ont aussi été tenues en commission parlementaire sur le sujet, et de nombreux groupes ont eu l'occasion de se faire entendre.

La « Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale » constitue, en principe, une tentative d'aborder la problématique de la pauvreté avec un plan d'ensemble couvrant différentes sphères de la vie sociale. La question de la compensation équitable à l'endroit des personnes ayant une incapacité n'est pas véritablement soulevée, et les propositions concrètes pour améliorer la situation socio-économique de ces personnes sont finalement peu nombreuses. Le document gouvernemental aborde de nombreux programmes et fait état d'un certain nombre d'intentions ou d'« axes d'intervention » à spécifier dans un proche avenir. Notre attention se portera sur deux mesures qui pourraient avoir une incidence assez directe sur la situation des personnes ayant des incapacités : la bonification éventuelle des prestations d'assistance-emploi pour les personnes ayant des contraintes sévères à l'emploi et la valorisation des mécanismes d'intégration sur le marché du travail. Ces deux propositions gouvernementales, en apparence intéressantes pour une partie des personnes ayant une incapacité, constituent un bon exemple de démarches assez mal intégrées et qui mériteraient d'être repensées.

8.6.2 Hausse de l'allocation supplémentaire pour contraintes sévères à l'emploi

La « Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale » introduit pour la première fois au Québec le concept de « revenu de solidarité ». Il est à souligner qu'il ne s'agit pas, comme on pourrait être porté à le croire, d'un nouveau mécanisme de transfert. Il s'agit plutôt d'un seuil minimal de revenu de consommation. Dans les prochaines années, le gouvernement pourrait s'engager à garantir l'atteinte de ces seuils pour une partie plus importante de la population, en mettant à l'œuvre différentes

politiques. Clairement, on compte sur la bonification des programmes de supplément du revenu, pour les personnes sur le marché du travail, pour atteindre une partie de ces objectifs.

Le document se montre très favorable à l'amélioration du niveau des prestations pour les bénéficiaires ayant des contraintes sévères à l'emploi. Sans indiquer exactement le niveau à atteindre pour cette catégorie de bénéficiaires, on mentionne tout de même que ce groupe devrait pouvoir compter sur un revenu plus décent qui atteindrait la mesure de faible revenu après impôt (MFR), ce qui signifie approximativement 10 661 $ après impôt pour une personne seule (voir p. 35 et 36 de l'énoncé politique gouvernemental). Comme le document ne fait pas allusion à une augmentation particulière des prestations de base du régime d'assistance-emploi, nous concluons que c'est l'allocation supplémentaire pour contraintes sévères à l'emploi qui serait bonifiée d'approximativement 100 $ par mois pour atteindre cet objectif.

La perspective d'une hausse importante (40 %) de l'allocation pour contraintes sévères à l'emploi a été reçue de façon mitigée. À première vue, on se réjouit que les personnes qui ne peuvent occuper un emploi à cause d'une incapacité puissent compter sur un revenu plus décent. Cependant, on craint que le gouvernement opère de plus en plus une distinction entre les « bons » et les « mauvais » bénéficiaires de l'assistance-emploi. Les « bons » assistés sociaux sont considérés incapables d'occuper un emploi pour des raisons hors de leur contrôle. Les personnes ayant une contrainte à l'emploi ainsi que celles qui participeront à différentes mesures visant à augmenter leur employabilité font partie de ce groupe. Ils pourront s'attendre éventuellement à une hausse de leur prestation. Les « mauvais » bénéficiaires sont les personnes qui n'ont pas de contraintes sévères à l'emploi et qui ne participent à aucun programme d'employabilité. On n'annonce aucune mesure d'amélioration pour ce groupe. Dans le cadre de notre rapport, cette distinction que certains commentateurs voient dans les intentions gouvernementales ne retiendra pas notre attention.

Dans l'état actuel des choses, une augmentation de l'allocation pour contraintes sévères à l'emploi nous place devant plusieurs dilemmes. Tout d'abord, on risque de créer une iniquité à l'égard de ceux qui ont une incapacité similaire, mais qui se

retrouvent sur le marché du travail. Pourquoi n'auraient-ils pas droit, eux aussi, à une attention semblable de la part du gouvernement alors qu'ils font le choix du travail ? La question est d'autant plus pertinente que les obstacles à l'égard du travail sont souvent très nombreux pour ce groupe et que leur rémunération est plus faible en moyenne que celle des autres travailleurs. La désincitation au travail risque malheureusement d'être renforcée si on améliore la situation des prestataires de l'assistance-emploi, sans contrepartie pour les travailleurs.

Les prestataires de l'allocation pour contraintes sévères à l'emploi peuvent aussi, paradoxalement, être les perdants d'une politique qui hausserait leur prestation, puisque la contrepartie de toute augmentation demeure une désincitation accrue à retourner sur le marché du travail. En effet, comme le cumul n'est pas possible ou très peu, augmenter le niveau de la prestation signifie augmenter la dépendance économique de ce groupe. Plus la prestation est élevée et plus il devient difficile de choisir le travail, notamment quand celui-ci est mal rémunéré ou précaire.

Nous croyons donc que ce projet, malgré ses bonnes intentions, ne fait que perpétuer les difficultés liées au morcellement des politiques à l'égard des personnes ayant une incapacité. En mettant en place un transfert mieux intégré comme l'APH, nous ne plaçons plus les bénéficiaires de ce régime dans la situation d'avoir à choisir entre le travail ou l'assistance publique. Nous améliorerons leur revenu disponible sans jamais diminuer leur incitation au travail, puisqu'ils conservent tous leurs droits indépendamment du fait qu'ils occupent ou non un emploi.

8.6.3 Favoriser l'intégration au travail

Les constatations que nous faisons peuvent aussi être étendues au contrat d'intégration au travail dont nous avons parlé dans la première partie de ce rapport (chapitre 2, section 1.2.2). Les intentions gouvernementales sont ici plutôt floues. Dans la « Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale », on fait mention essentiellement du projet de « développer l'offre de services auprès des personnes qui, tout en vivant des contraintes importantes, peuvent avec une aide appropriée espérer intégrer l'emploi » (p. 44). Pour ce faire, on propose notamment de faciliter l'accès aux

« entreprises d'insertion au travail » et de développer la formule du Contrat d'intégration au travail (CIT). L'amélioration des politiques de ce genre n'est certainement pas une mauvaise nouvelle en soi. Elle a le mérite d'indiquer clairement la volonté gouvernementale d'investir dans le capital humain des personnes ayant une incapacité et de les appuyer dans leur recherche d'intégration au marché du travail. Transformer un inactif en un actif à un coût semblable pour l'État constitue, sauf exception, un gain pour les individus concernés et pour l'ensemble de la société. Cela dit, la proposition de mise en place d'une APH peut aussi nous aider à poser la problématique d'une façon différente et originale.

Les contrats d'intégration au travail sont des subventions directes à l'emploi pour une catégorie de travailleurs qui représentent des coûts particuliers pour les employeurs, soit parce qu'il faut investir dans l'adaptation des milieux de travail, soit simplement parce que la productivité de ces travailleurs est plus faible, ce qui réduit d'autant la rentabilité des entreprises. Le principe de subvention directe des emplois pour cette clientèle et pour bien d'autres est aujourd'hui largement accepté dans les pratiques gouvernementales. Nous subventionnons aujourd'hui différents types d'activités et d'emplois et nous refusons de laisser à la seule logique du marché le soin de fixer les possibilités tout comme les conditions du travail rémunéré. Ce que l'on sait moins, c'est qu'une APH universelle n'est pas étrangère à cette philosophie du travail et qu'elle peut même y participer. En effet, puisqu'il s'agit d'une prestation cumulable, on peut aussi la considérer comme une forme indirecte de subvention à l'emploi, versée aux salariés plutôt qu'aux entrepreneurs. Une APH cumulable facilite la décision d'accepter un emploi et peut très bien être considérée comme un soutien à des activités faiblement rémunérées, qui sont généralement les plus accessibles aux prestataires de l'assistance-emploi. Elle peut donc jouer en partie un rôle similaire à celui du CIT, mais de manière nécessairement plus décentralisée, chaque individu pouvant ultimement décider de son mode d'utilisation. L'APH et les CIT sont fondés sur des logiques plus complémentaires que l'on ne pourrait le croire à première vue : la première pourrait renforcer l'efficacité des seconds, en permettant le cumul. C'est pourquoi notre proposition ne vise pas à abolir les CIT et que, en toute logique, les sommes

actuellement dévolues aux CIT ne sont pas comptabilisées dans le cadre du financement de l'APH.

9. L’harmonisation de l’allocation pour personnes handicapées avec les autres régimes de compensation ou de transfert

La création d’un nouveau programme de transfert comme l’APH ne peut se faire en vase clos. Il faut toujours garder à l’esprit les interactions possibles avec d’autres régimes de compensation en vigueur. Évidemment, du simple fait que nous avons fusionné plusieurs programmes actuels en un seul, les risques éventuels d’une mauvaise harmonisation sont fortement réduits. C’est d’ailleurs une des raisons pour laquelle nous avons proposé la création de l’APH : il s’agit de mettre fin aux chevauchements et aux différences de traitement injustifiables entre les personnes ayant une incapacité, pour les programmes de transfert financés entièrement par les contribuables. Il reste que l’APH ne se substitue pas encore à tous les régimes de compensation ou d’indemnisation. Les régimes d’assurance, qu’ils soient privés ou publics, demeurent en place et continuent à jouer un rôle important quoique supplétif par rapport au régime de base que représente l’APH. Il est donc fondamental de clarifier les règles relatives à leur interaction.

9.1 Le principe de base : l’universalité

La philosophie principale de nos recommandations est d’effectuer une division du travail très claire entre la logique de la solidarité sociale et celle des assurances. La compensation équitable appartient à la première, et elle a pour rôle fondamental d’assurer une plus grande égalité des chances dans la société. L’APH, parce qu’elle contribue à l’équité horizontale, trouve sa justification dans ce premier paradigme. On peut à juste titre répliquer qu’avec un montant d’à peine 250 $ par mois, l’équité sociale est encore loin d’être réalisée entre toutes les personnes ayant une incapacité et l’ensemble des citoyens ! Cela est vrai, mais il n’en tient qu’à l’État de faire les efforts nécessaires pour bonifier l’APH. Il a dorénavant entre les mains un mécanisme qui, avec les modulations dans le niveau des prestations qui s’imposeront inévitablement, représente la façon la plus simple et la plus équitable d’effectuer des transferts entre citoyens. Les assurances, rappelons-le, ne peuvent pas jouer ce rôle : elles ne

compensent en principe que des assurés ayant des revenus suffisants pour se protéger de risques potentiels. De plus, les assurances ne visent pas l'égalité des chances. Elles cherchent plutôt à replacer les assurés qui le recherchent dans une position semblable, que celle-ci soit « équitable » ou non, à celle qui prévalait avant un accident, un vol ou une perte.

Le principe général qui devrait régir les relations entre l'APH et les indemnités versées par les assurances est celui de l'universalité. Cela signifie qu'elle doit être versée à tous, notamment à ceux qui reçoivent une indemnisation supplémentaire de la part d'une compagnie d'assurance. L'APH est financée par les impôts de tous les citoyens, ce qui inclut ceux qui détiennent au surplus des assurances particulières, et il serait non seulement inéquitable, mais aussi imprudent que ces derniers n'y aient pas droit. La crainte principale à l'égard du principe du cumul de l'APH et des indemnités d'assurance est que les assureurs puissent « profiter » de la situation et qu'ils fassent des profits sur le dos de l'État. Cette crainte est plus théorique que réelle et elle n'est de toute façon pas pertinente à notre propos. Les assureurs, qu'ils soient privés ou publics, connaissent parfaitement l'environnement fiscal, politique ou encore financier dans lequel ils développent leurs produits. C'est ce qui leur permet d'offrir à leurs assurés une couverture appropriée et soutenue dans le temps. L'APH ne tombe pas du ciel. Elle ne peut exister que parce que des programmes équivalents existaient auparavant. Les assureurs les ont nécessairement considérés. Ce sera donc à eux de s'ajuster, s'ils le jugent nécessaire et si leur clientèle accepte de les suivre à cet égard, lors de la mise en place de l'APH. Il va de soi qu'au moment où l'allocation se situera à un niveau beaucoup plus élevé que ce que nous proposons comme point de départ, les ajustements de leur part seront plus importants. On ne peut à la fois proposer la création de régimes de base de compensation et demander le *statu quo* pour les mécanismes d'indemnisation qui subsistent. En vertu du principe d'universalité, l'APH est versée à tous, et sa valeur ne peut être réduite sous prétexte qu'un ayant droit reçoit d'autres indemnités.

Ce qui vient d'être mentionné devrait valoir tant pour les assurances privées que pour les régimes publics d'assurance, notamment la CSST, la SAAQ et la Régie des rentes

du Québec et sa rente d'invalidité. Nous avons beaucoup insisté sur ce point dans ce rapport et nous revenons encore une fois sur ce sujet : ces régimes sont publics, notamment parce que leur contribution n'est pas volontaire et qu'elle est plafonnée pour couvrir la majorité des salariés mais non les plus riches parmi eux. Il n'empêche qu'ils sont financés exclusivement par des cotisations, et on ne voit pas pourquoi les assurés, qui sont aussi des payeurs de taxes, n'auraient pas droit à leur APH s'ils deviennent handicapés. Bien entendu, comme ces régimes fonctionnent pour une bonne part selon la logique des assurances privées, ils demeurent entièrement libres de s'ajuster à la création de l'APH comme ils le font déjà, mais de manière disparate, pour les principaux programmes que nous envisageons de fusionner. N'oublions pas qu'en ce moment, les bénéficiaires de ces régimes ont aussi droit aux crédits d'impôt pour déficience physique ou mentale. Encore une fois, l'universalité de l'APH doit demeurer, mais cette contrainte qui convient à un régime de base ne peut empêcher les régimes supplétifs d'ajuster ou non leurs primes et leur niveau d'indemnisation en conséquence. C'est là toute la différence entre un régime de base et un régime supplétif.

Le programme d'allocation pour enfants handicapés représente actuellement, au Québec, le régime qui se rapproche le plus de notre conception de la compensation équitable et de l'interaction avec les autres mesures de compensation. Rappelons que l'allocation est universelle, accordée sans égard aux revenus des parents et, enfin, pleinement cumulable avec les autres sources de compensation (l'administrateur du régime ne dispose d'aucun recours subrogatoire en ce domaine). Il en résulte un programme qui profite à tous les enfants handicapés, puisque financé par les impôts de tous les contribuables, incluant les plus riches. On notera que le principe du cumul ne pose aucun problème apparent : à titre d'exemple, l'enfant gravement blessé dans un accident d'automobile aura droit à la couverture complète de ses besoins spéciaux par la SAAQ, à des indemnités pour perte d'années scolaires, tout en conservant son droit à l'allocation pour enfant handicapé et aux crédits d'impôts. Ce dernier exemple nous amène à traiter de façon plus particulière des régimes administrés par la SAAQ et la CSST.

9.2 Commentaires particuliers sur les régimes d'indemnisation des accidents du travail et des accidents d'automobile

Une façon d'illustrer clairement le fonctionnement de la règle d'interaction entre régime de base et régimes supplétifs est de faire une analogie entre le programme d'assurance maladie et les assurances santé complémentaires, qui sont offertes aujourd'hui à un peu plus de 50 % des travailleurs québécois. Malgré son nom, le programme d'assurance maladie est bien un régime de base financé entièrement par les contribuables et non par des cotisations particulières. C'est pourquoi tous les citoyens y ont un accès égal. Bien entendu, la couverture n'est pas totalement exhaustive : les médicaments, les soins dentaires et plusieurs types de soins « périphériques » telle la physiothérapie ne sont pas couverts par le régime de base. Il s'est ainsi développé des régimes privés complémentaires ayant une couverture très spécifique. Nous pouvons peut-être regretter que cette couverture supplémentaire ne soit pas accessible à tous, mais nous ne remettons généralement pas en question le fait que les citoyens qui possèdent une assurance privée aient aussi droit à l'assurance maladie de base. Il y a des raisons d'équité évidentes pour cela, mais il en va aussi de l'importance de posséder un régime de base fort et bien appuyé. Nous reviendrons sur ce dernier point dans la sous-section suivante.

Si c'est au régime supplétif de s'ajuster face au régime de base et non l'inverse, les observateurs les plus avertis remarqueront que cette règle n'est pas respectée dans deux cas importants. En effet, la CSST et la SAAQ remboursent aujourd'hui en totalité la RAMQ pour les soins de santé requis par leur clientèle. Ce recours subrogatoire, encadré par des ententes particulières, coûte à ces programmes des centaines de millions de dollars par année, ce qui se répercute nécessairement sur le coût des primes payées par les employeurs et les conducteurs. On peut se demander pourquoi des citoyens qui paient leurs impôts n'ont pas les mêmes droits aux services de santé que les autres citoyens, simplement parce qu'ils bénéficient d'une assurance particulière. Pourquoi ces assurés auraient-ils à payer en plus leur accessibilité aux soins de santé ?

On pourrait signaler l'existence du principe VIII de la compensation équitable, qui demande aux citoyens s'adonnant à des activités considérées plus à risque (ce qui est sans doute le cas des conducteurs d'automobiles) d'assumer une plus grande part des coûts qu'ils engendrent. Ce principe ne peut toutefois pas conduire à leur imposer la *totalité* du coût des soins de santé qui résulte de leur accident, ce qui constitue pourtant la pratique actuelle. Il y a donc place pour des solutions mitoyennes en ce qui concerne l'APH. On pourrait, par exemple, exiger de la SAAQ et de la CSST qu'ils remboursent une *partie* de la valeur de l'APH accordée à « leurs » victimes, puisque le travail et l'automobile sont créateurs de risques qui entraînent plus d'accidents que la moyenne des autres activités.

9.3 Conclusion : rechercher l'équité à court terme et agir pour la solidarité à long terme

Les mécanismes d'assurance à cotisations particulières ne conviennent pas à tous et pour toutes les situations. Il ne faut donc pas en faire un modèle pour la solidarité sociale, mais néanmoins reconnaître qu'ils peuvent avoir un rôle très utile à jouer dans le filet de protection sociale. Ce rôle ne peut pas et ne doit pas être accompli par un régime de base. Ce qu'il faut à notre avis éviter, c'est que les plus fortunés, qui sont généralement ceux qui profitent le plus des assurances, surtout lorsqu'elles sont privées, en viennent à perdre tout intérêt dans des régimes de compensation de base et que ceux-ci deviennent des régimes uniquement destinés aux plus pauvres. C'est le piège de la sélectivité et de la « conditionnalité ».

L'expérience des États providence montre sans aucun doute que l'universalité est un puissant allié de la solidarité sociale et de l'égalité. C'est dans les pays où il existe davantage de programmes universels, comme la Suède ou la Norvège, que l'égalité socio-économique entre les citoyens est la plus forte. C'est au contraire dans les pays développés qui ont choisi plutôt d'étendre le modèle des assurances et de laisser la part congrue aux régimes de base, comme aux États-Unis, que l'on retrouve les inégalités économiques les plus graves.

Si le but recherché est une plus grande solidarité sociale, il faut établir des régimes de base qui assurent la meilleure couverture possible et laisser aux assurances leur rôle supplétif. Dans le domaine des transferts monétaires, nous sommes encore très loin de cette réalité, mais en clarifiant la place de l'APH par rapport aux régimes d'assurance, nous croyons qu'il sera possible de progresser dans la bonne direction. Il faut donc que les bénéficiaires des assurances profitent aussi et dans la même proportion des avantages du régime de base. Il faut refuser la stratégie cherchant à les exclure sous prétexte qu'ils jouissent déjà d'une bonne protection et qu'il faut concentrer nos efforts uniquement sur les autres. Cette dernière approche représente une vision à court terme de la dynamique du développement des politiques sociales.

10. Récapitulation des propositions relatives aux transferts monétaires

Le texte ci-dessous résume les grandes lignes de nos propositions.

Principe : allocation mensuelle fixe, non imposable et non fiscalisée

Montant : 250 $ par mois, indexé annuellement et cumulable avec d'autres sources de revenus (réduit à partir d'un revenu brut de 53 500 $)

Clientèle : personnes handicapées de 0 à 65 ans

Gestionnaire : Régie des rentes du Québec

Bénéficiaires actuels des différents programmes : environ 200 000

Bénéficiaires prévus pour l'APH : entre 220 000 et 250 000

Financement actuel disponible : entre 525 et 550 M$

Coût annuel brut projeté, en dollars de 2003 : entre 660 et 750 M$

Programmes provinciaux fusionnés :

- Quatre régimes d'indemnisation reliés à la cause de l'incapacité : victimes d'actes criminels, d'actes de civisme, de l'application d'un programme d'immunisation et de l'hépatite C ;

- deux crédits d'impôt : crédit pour déficience mentale ou physique (0-65 ans) et crédit pour personne à charge (18-65 ans) ;

- l'allocation pour enfants handicapés ;

- l'allocation supplémentaire pour assistés sociaux ayant une contrainte sévère à l'emploi.

Programmes fédéraux fusionnés :

- Trois crédits d'impôt : crédit pour déficience mentale ou physique (0-65 ans) ; crédit pour personne à charge (18-65 ans) ; crédit pour aidant naturel (18-65 ans) ;

- la prestation pour enfants handicapés.

Addendum – L'amélioration des mesures fiscales non attachées à l'engagement d'une dépense particulière

Comme nous l'avons indiqué dans la première partie de ce rapport (chapitre trois), la route fiscale que doivent emprunter les personnes ayant des incapacités est pavée d'embûches importantes. Les statistiques démontrent que pour de multiples raisons, dont celles liées à la complexité du système fiscal et aux conditions pour l'obtention du bénéfice fiscal, une proportion relativement minime de la population ciblée profite des mesures mises à leur disposition. Des corrections majeures s'imposent, autant sur la forme que sur le fond, afin de permettre aux bénéficiaires de profiter pleinement des sommes importantes allouées à ces programmes.

Le caractère plutôt occulte des mesures fiscales entraîne un bénéfice évident pour le trésor public et une perte colossale pour un nombre élevé de contribuables. Cela n'est pas sans rappeler la situation vécue en ce qui concerne le supplément de revenu garanti offert aux personnes âgées les plus pauvres, qui a été dénoncée par le Comité permanent du développement des ressources humaines et de la condition des personnes handicapées. Dans son rapport du 4 décembre 2001, ce comité rappelait que, selon les évaluations, environ 20 % des personnes admissibles au supplément de revenu garanti avaient omis de le réclamer. Cela représente 270 000 Canadiens dont environ 68 000 sont des Québécois.

Des solutions doivent être apportées afin d'accroître l'efficacité du système en place, autant sur le plan des modalités d'accès que sur le transfert lui-même. Dans ce chapitre, nous avons suggéré la mise en place d'un régime unifié de compensation. Ce nouveau régime ne signifie pas pour autant que le *statu quo* est acceptable quant aux dispositions fiscales qui demeureraient en vigueur. En fait, dans le cadre de l'APH que nous proposons, seuls les mécanismes fiscaux non reliés à une dépense spécifique du contribuable seraient mis de côté (crédit d'impôt pour déficience mentale ou physique, pour personne à charge et pour aidant naturel). Les sommes rendues disponibles seraient utilisées afin de financer ce nouveau régime. Dans le cadre de la présente section, nous avons néanmoins choisi de reprendre les concepts fiscaux discutés dans la première partie, incluant les crédits dont nous suggérons l'abolition, et d'identifier les

améliorations qui pourraient être apportées à chacun d'eux. Dans l'éventualité où le législateur choisirait de procéder à une réforme plus modeste ou à la pièce, les mesures correctrices auront ainsi été identifiées à l'égard de chaque disposition fiscale, y compris le crédit pour déficience mentale ou physique.

Nos propositions viennent s'ajouter à celles déjà formulées, notamment par le Comité permanent du développement des ressources humaines et de la condition des personnes handicapées, dans ses rapports déposés en mars et en décembre 2002, dont on trouvera la référence complète dans la bibliographie de ce rapport (*Un système plus juste envers les Canadiens : Le crédit d'impôt pour personne handicapée* et *L'Équité fiscale pour les personnes handicapées*). Dans ce dernier rapport, le comité de la Chambre des communes critique ouvertement la position du ministère des Finances, jugée « moins satisfaisante et beaucoup moins sensible à nos préoccupations concernant les politiques associées au crédit d'impôt pour personne handicapée » (p. 8). Insatisfait de ces recommandations, le gouvernement a choisi, dans son budget du printemps 2003, de mettre sur pied un autre comité consultatif visant à étudier, à nouveau, les mécanismes fiscaux applicables aux personnes handicapées et à conseiller le ministre des Finances et la ministre du Revenu national jusqu'à la fin de l'année 2004.

Dans le cadre de ce chapitre consacré aux transferts monétaires, nous analyserons seulement les mécanismes fiscaux applicables *sans égard* à une dépense engagée pour le bénéfice de la personne handicapée. En ce qui concerne les mesures tributaires de la preuve d'une dépense particulière, nous renvoyons le lecteur au chapitre suivant, puisque nous les considérons davantage liées aux mécanismes de transferts sous forme de services et d'équipements.

A) Le crédit pour déficience mentale ou physique

L'importance de ce crédit pour les personnes handicapées justifie la décision d'y consacrer des commentaires plus élaborés, qui seront présentés selon qu'ils concernent la procédure d'obtention du crédit ou ses caractéristiques fondamentales.

a) Admissibilité au crédit

Afin de bénéficier du crédit, un formulaire médical (T-2201 [fédéral] et TP-752.0.14 [Québec]) attestant de l'incapacité du contribuable et dûment complété par un professionnel de la santé doit être transmis aux autorités fiscales. Les tribunaux sont formels sur ce point : l'absence du formulaire niera le droit au crédit. Pourtant, certains juges sont d'avis que les questions indiquées sur le formulaire ainsi que la façon d'y répondre ne guident pas adéquatement le médecin vers le type d'examen qui serait requis dans les circonstances.

Tel que nous l'avons souligné à la section 2.1.2.1 du chapitre 3 de la Partie 1, nous saluons l'arrivée du nouveau formulaire fédéral, en date du 22 décembre 2003, qui propose une approche beaucoup moins rigide et contraignante. Les commentaires qui se rapportent à l'ancien formulaire fédéral doivent être pris sous réserve de ces modifications. Le formulaire québécois n'a malheureusement, en revanche, pas été modifié dans le même sens. Parmi les questions énoncées dans le formulaire, on demande si la personne est capable de marcher et on précise que la réponse doit être négative « uniquement si, même à l'aide d'appareils, de médicaments ou en suivant une thérapie, votre patient est toujours ou presque toujours incapable de marcher 50 mètres [100 mètres dans le nouveau formulaire fédéral] sur un terrain plat, ou s'il lui faut un temps excessif pour le faire ». À la lecture de ce texte, on constate que les informations sont orientées au détriment de la personne ayant une incapacité, puisque ce n'est qu'exceptionnellement que le professionnel de la santé sera invité à répondre par la négative. De plus, combien de personnes parmi les professionnels de la santé prennent le temps de vérifier si la personne est en mesure de marcher 50 mètres ? La pratique de la médecine impose des contraintes de temps sévères, et il est clair que le professionnel de la santé qui œuvre en cabinet privé et qui est rémunéré à l'acte ne peut, bien souvent, consacrer le temps requis à cette fin. Par contre, le professionnel employé par un CLSC ou par un organisme qui l'engage à titre de salarié risque de se sentir moins coincé s'il consacre le temps requis afin de dresser un portrait fidèle de la réalité quotidienne vécue par le contribuable. De ce fait, nous constatons que la simple

décision quant au choix du professionnel signataire du formulaire pourrait être déterminante quant à la décision des autorités fiscales d'octroyer ou non le crédit.

Par ailleurs, puisque les contribuables qui déposent une telle demande saisissent mal l'importance des réponses inscrites au formulaire (sans compter l'ignorance de plusieurs professionnels de la santé quant au rôle prépondérant qu'ils jouent à cet égard) et compte tenu d'une fierté personnelle qui peut inciter le requérant à minimiser l'ampleur de son incapacité, nous croyons que les réponses inscrites au formulaire ne constituent pas nécessairement un reflet fidèle de la réalité vécue par le contribuable.

Les commentaires que nous avons recueillis dans le cadre de cette étude indiquent que le recours à un médecin afin de remplir le formulaire ne représente pas, bien souvent, une décision susceptible de favoriser une réponse positive du fonctionnaire chargé d'analyser le niveau d'incapacité. Il appert que d'autres spécialistes, tel l'ergothérapeute, selon le type d'incapacité en cause, possèdent une expertise particulière qui permet d'obtenir une évaluation plus exacte de l'incapacité.

Afin de résorber ces difficultés et de traiter tous les contribuables de façon égalitaire, nous sommes d'opinion que l'évaluation du contribuable par un mécanisme de guichet unique peut constituer une avenue intéressante, puisque les professionnels chargés de l'évaluation du dossier du contribuable, peu importe la forme qu'elle prendra, seront sensibilisés quant à l'importance d'adopter une approche uniforme et cohérente.

Ce souci d'uniformité requiert que l'évaluation soit effectuée selon des barèmes aussi précis que possible. L'usage d'un formulaire, plutôt que l'évaluation par constat, permet d'atteindre ce résultat en plus de fournir des éléments de preuve lors d'une éventuelle révision judiciaire. Le formulaire adopté à cette fin doit constituer un reflet exact de la législation et ne peut contenir des exigences additionnelles. À cet égard, le formulaire actuel contient des critères non visés par la loi. Par exemple, alors que le texte législatif exige que le contribuable soit toujours ou presque toujours incapable d'accomplir une activité courante de la vie quotidienne (par exemple : marcher) sans y consacrer un temps excessif, le formulaire adopte une position plus contraignante pour le

contribuable, en exigeant que ce dernier soit incapable de marcher sur une distance de 50 mètres. Cette notion du 50 mètres n'est pas indiquée dans la loi, et il est clair qu'elle vise à restreindre l'accès au crédit aux cas les plus sévères, alors que le législateur n'a jamais prévu une telle rigidité. Le critère important retenu par la loi afin d'évaluer le niveau d'incapacité et, par conséquent, l'admissibilité au crédit, est l'incapacité d'accomplir l'activité sans y consacrer un temps excessif. Le style directif emprunté par le formulaire ne nous apparaît pas conforme aux règles de droit administratif portant sur la délégation de pouvoirs, car on y impose alors des conditions non prévues à la loi. Si les critères étaient énoncés simplement à titre indicatif, le professionnel de la santé y trouverait certaines balises afin de le guider dans son évaluation, tout en lui permettant de rendre un jugement qui respecte davantage l'intention du législateur quant au degré de sévérité de l'incapacité.

Quel devrait être le niveau requis d'incapacité permettant de donner ouverture au crédit ? Que notre proposition de création d'une allocation pour personne handicapée soit appliquée immédiatement ou non, il est clair que la législation fiscale doit être harmonisée avec les lois qui donnent ouverture à d'autres mécanismes de compensation.

Par ailleurs, nous avons vu dans la première partie de ce rapport que l'Agence des douanes et du revenu du Canada (ADRC) avait déjà contesté devant les tribunaux les conclusions contenues au formulaire médical produit par le contribuable, sans même présenter de contre-expertise médicale. Depuis, les tribunaux ont adopté une position claire et refusent d'écarter le certificat médical déposé par le contribuable sans une solide contre-expertise. Pour plus de certitude, cette approche jurisprudentielle devrait être incorporée à la loi, et le professionnel de la santé qui a réalisé la contre-expertise devrait être tenu de se présenter à l'audition, dans l'hypothèse où le contribuable décide de contester le refus de l'ADRC. De plus, compte tenu de l'importance des frais d'expertise qu'impliquent de tels dossiers et de l'imbroglio dans lequel se retrouve le contribuable bien malgré lui, les frais des professionnels de la santé, même ceux qui sont favorables au contribuable, devraient être assumés par l'ADRC, peu importe l'issue du litige.

De façon plus générale, le nombre élevé de litiges portés devant les tribunaux et le manque d'uniformité dans les décisions rendues sont révélateurs du flou juridique qui entoure le texte législatif présentement en vigueur. La nouvelle tendance jurisprudentielle, guidée par l'interprétation humaine et compatissante, bien qu'elle ait le mérite de corriger les erreurs que peuvent commettre les fonctionnaires chargés d'appliquer la loi, ne modifie en rien la législation et les approches adoptées par ces derniers lors de l'étude d'un dossier. Lorsque les tribunaux émettent aussi fréquemment des commentaires éloquents face au sentiment d'impuissance qu'ils éprouvent face à la situation d'un contribuable ou lorsqu'ils doivent constamment tracer de nouvelles lignes de conduite quant à l'application d'une norme, le législateur devrait comprendre le message et apporter les correctifs qui s'imposent.

Selon le rapport fédéral *Un système plus juste envers les Canadiens : Le crédit d'impôt pour personne handicapée*, l'ADRC a fait parvenir à un peu plus de 106 000 bénéficiaires de ce crédit, le 19 octobre 2001, une lettre « exprimant des doutes quant à leur admissibilité au crédit et leur demandant de présenter une nouvelle demande (au moyen du formulaire T2201 – *Certificat pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées*) afin de déterminer leur admissibilité en 2001 et les années d'imposition subséquentes ». Cette situation reflète certes les difficultés qu'éprouvent les autorités fiscales dans la gestion de ce programme, compte tenu du caractère hautement subjectif des critères et de la constante évolution des sommes qui y sont investies. Une intervention législative est souhaitable, mais ne peut s'opérer sans le concours des organismes provinciaux qui oeuvrent dans le milieu.

b) Conversion en crédit d'impôt remboursable

Nous avons indiqué plus haut les raisons pour lesquelles nous croyons que ce crédit, dans sa forme actuelle, était inéquitable. Essentiellement, il rejoint une portion seulement des personnes ayant une incapacité et, on peut le présumer, parmi les mieux nantis et aussi les plus éduqués. En le fusionnant avec d'autres programmes, on pourrait en faire un transfert plus universel et plus simple à administrer. Si jamais notre proposition de fusionner ce régime à d'autres n'était pas retenue, la conversion de la

mesure actuelle en crédit remboursable, accompagnée d'une importante campagne de sensibilisation et d'information, constituerait une alternative acceptable. La proposition budgétaire fédérale de 2003 intègre partiellement cette notion lorsqu'elle prévoit une bonification de la Prestation nationale pour enfants pour les familles à revenu moins élevé qui comptent un enfant ayant une incapacité.

Lorsque le législateur édicte une disposition fiscale qui permet un certain allégement, il est impératif que les conditions inhérentes permettant de profiter de la mesure soient intimement liées aux objectifs visés par la disposition. Ainsi, s'il s'agit d'une mesure fiscale incitative au travail, elle comprendra une condition qui y fera référence. Or, dans la première partie de ce rapport, nous avons expliqué que le crédit d'impôt pour déficience mentale ou physique vise à permettre à une personne ayant une incapacité sévère de bénéficier d'une certaine forme de compensation, afin d'alléger le poids économique occasionné par les coûts supplémentaires découlant de l'incapacité. Le mécanisme utilisé par le législateur, le crédit d'impôt, suggère implicitement que la « subvention » de l'État ne vise, à toutes fins pratiques, que les contribuables qui sont sur le marché du travail et qui, de surcroît, en retirent un revenu dont l'ampleur justifierait, en l'absence de ce crédit, un paiement d'impôt.

Rappelons qu'avec le crédit actuel, le législateur se donne bonne conscience, puisqu'il rend la somme « disponible » tout en étant conscient, par ailleurs, de la faiblesse du nombre réel de bénéficiaires. Notons que, dans le cadre de la fiscalité québécoise visant l'année 2001, 74 873 personnes ont réclamé ce crédit pour elles-mêmes, alors que le transfert a profité à 2 379 conjoints et à 22 147 personnes autres que le conjoint.

B) Le crédit pour personne à charge

Ce crédit est octroyé à un contribuable qui a la charge d'une personne âgée de 18 ans ou plus ayant une « infirmité mentale ou physique ». Les personnes qui peuvent bénéficier de ce crédit de même que les conditions d'admissibilité varient selon qu'il s'agit de l'application de la loi fédérale ou de la loi québécoise (voir Partie 1, chapitre 3, section 2.2). Ces distinctions, bien qu'elles débordent largement le cadre de nos

préoccupations, ne peuvent faire autrement que créer une certaine confusion et réduire le nombre de demandes de la part des contribuables. Il est étonnant de constater l'existence de telles disparités alors qu'une nette tendance vers une harmonisation des mesures fiscales est observée depuis quelques années.

Contrairement au crédit pour déficience mentale ou physique dont les critères énumérés dans la loi permettent d'en saisir quelque peu la portée, la législation fiscale ne contient aucune balise permettant de comprendre la notion d'« infirmité ». Devons-nous conclure que l'usage d'un vocabulaire distinct entraîne forcément une application différente ? Tel que nous l'avons mentionné dans la première partie du rapport, il existe peu de jurisprudence qui définit ce terme et aucune tendance nette n'a pu être observée. Le bulletin d'interprétation (IT-513R) n'est guère plus loquace et indique que cette expression doit prendre « son sens habituel ». Le contribuable qui veut s'en prévaloir n'a pas à produire les formulaires requis pour l'obtention du crédit pour déficience mentale ou physique et à faire la preuve de l'impact de cette incapacité sur sa vie courante : la constatation de l'incapacité semble suffisante. Des éclaircissements à ce chapitre seraient souhaitables et permettraient à un plus grand nombre de contribuables de profiter de la mesure.

Nous avons indiqué en première partie que rien ne s'oppose au cumul de ce crédit et du crédit pour déficience mentale ou physique, puisque ces deux mesures visent des situations distinctes. L'une vise la personne ayant une incapacité, tandis que l'autre constitue une mesure d'aide à la personne qui prend soin de la personne handicapée. Toutefois, cette dernière personne pourrait aussi, à la suite de l'application du mécanisme de transfert, profiter du crédit pour déficience mentale ou physique. En l'absence de fusion de ces mécanismes dans le contexte de la création d'une allocation pour personne handicapée, nous croyons que ces crédits pourraient néanmoins être fusionnés, puisque l'objectif de chacun d'eux est d'améliorer le sort des personnes handicapées. En jumelant dans un seul crédit les budgets présentement octroyés par l'État à chacun d'eux, la personne ayant une incapacité pourra profiter d'une plus grande autonomie quant à son choix de mode de vie.

C) Le crédit pour aidant naturel

Ce mécanisme fiscal vise la personne qui héberge un parent âgé ou une personne ayant une incapacité et reconnaît la valeur économique de cette forme de solidarité intergénérationnelle.

Encore une fois, les différences entre la loi fédérale et la loi québécoise, quant aux conditions d'application et au mode de compensation octroyé, constituent le reproche le plus criant que nous puissions adresser à l'égard de cette mesure fiscale. Bien entendu, l'État a tout intérêt à encourager cette formule qui lui fait épargner des sommes importantes et, dans cet esprit, il nous semble qu'une harmonisation des mesures fédérales et québécoises profiterait à toute la collectivité. Notons que le budget non voté du 11 mars 2003 du gouvernement du Québec contenait une mesure qui avait pour effet d'élargir substantiellement la liste des personnes admissibles. Le gouvernement nouvellement élu a choisi, dans son budget du 12 juin 2003, de ne pas adopter ces mesures.

Parmi les différences les plus importantes entre les lois fédérale et québécoise, notons :

- l'âge : au niveau fédéral, lorsque le crédit est réclamé à l'égard d'une personne ayant une incapacité, cette personne doit être âgée d'au moins 18 ans. Au Québec, la mesure ne s'applique qu'à compter de 60 ans ;

- les personnes visées : en plus des personnes énumérées dans la loi québécoise, la liste fédérale comprend les frères et sœurs ainsi que les enfants ou petits-enfants ;

- l'incapacité requise : la loi québécoise réfère spécifiquement à l'incapacité donnant ouverture au crédit pour personne ayant une déficience mentale ou physique, alors que la loi fédérale, même si elle s'appuie sur le concept de « déficience mentale ou physique », n'exige pas que le crédit d'impôt pour déficience mentale ou physique ait été réclamé ;

- la forme d'aide : en 2003, l'aide fédérale octroyée consiste en un crédit non remboursable décroissant lorsque le revenu de la personne ayant une incapacité excède 12 509 $, alors que le Québec consent un crédit d'impôt remboursable fixe de 550 $, sans égard au revenu de la personne ayant une incapacité ;

- au Québec, ce crédit peut être cumulé avec le crédit pour personne à charge, alors que le cumul est interdit au niveau fédéral.

En l'absence d'une fusion des programmes dans un contexte de création d'une allocation pour personnes handicapées, nous croyons que cette mesure devrait être juxtaposée au crédit pour personne à charge, puisque ces deux mesures sont alternatives. Ceci en faciliterait la compréhension et l'application. Par ailleurs, puisque nous avons suggéré, à la section précédente, la fusion du crédit pour personne handicapée et du crédit pour personne à charge, nous recommandons, toujours dans le contexte de l'absence de création d'une allocation pour personne handicapée, la création d'un seul crédit qui remplacerait ces trois mesures. Ainsi, tous les budgets qui y sont consentis seraient utilisés dans le cadre de cette mesure unique plus facile à comprendre et à administrer.

CHAPITRE 5 – Vers un régime de compensation plus équitable : les services et les équipements

Nous procéderons, à l'intérieur de ce chapitre consacré aux transferts sous forme de services et d'équipements, à l'évaluation des principales iniquités dans le régime actuel de compensation. Nous formulerons ensuite un certain nombre de recommandations en vue de l'améliorer. Comme nous suivrons pour l'essentiel une démarche semblable à celle du chapitre précédent, qui portait sur la compensation monétaire, il est utile de rappeler à nouveau les principales contraintes et limites de notre démarche.

11. Présentation des principales contraintes

Les transferts, qu'ils soient sous une forme monétaire ou encore sous la forme de services gratuits ou largement subventionnés, restent toujours, à la base, des transferts entre citoyens qui se reconnaissent certains devoirs de solidarité et qui allouent ainsi certaines ressources disponibles. C'est la raison pour laquelle les enjeux de l'équité horizontale et verticale s'appliquent aussi à la problématique de l'équité dans les services à la population, même s'il faut bien reconnaître que la base empirique qui permet de se prononcer sur le sujet est fort différente. En effet, il est beaucoup plus facile de comparer la valeur de transferts monétaires que de comparer la valeur de multiples services et équipements offerts à une clientèle très diversifiée. Dans le premier cas, nous disposons au moins d'une base monétaire permettant de faire des comparaisons en jaugeant ce que chacun reçoit. C'est d'ailleurs la démarche que nous avons suivie au chapitre précédent et qui nous a permis de remettre en question un certain nombre de différenciations dans le traitement des personnes ayant une incapacité. La situation n'est pas aussi simple en matière de services.

Tout d'abord, rappelons que notre tâche n'est pas de déterminer si les services offerts aux personnes ayant une incapacité sont suffisants ou encore répondent correctement à leurs besoins. Nous n'avons ni les ressources ni l'expertise pour poser des jugements de cette nature. Un travail d'évaluation et de bilan plus systématique a été initié ces dernières années ; nous y référons le lecteur (voir notamment Office des personnes handicapées du Québec : *Le Québec et l'intégration sociale des personnes handicapées : état de situation multisectoriel,* 1998 ; Yves Vaillancourt, Jacques Caillouette et Lucie Dumais : *Les politiques sociales s'adressant aux personnes ayant des incapacités au Québec ; Histoire, inventaire et éléments de bilan,* Montréal, 2002). La question du niveau suffisant de ressources visant à répondre à la demande ou plutôt aux « besoins socialement reconnus » ne trouvera donc aucune réponse dans les pages qui suivent.

Dans ce chapitre comme dans le précédent, c'est l'équité horizontale intragroupe qui reste l'objet central de notre préoccupation. Notre mandat consiste à nous prononcer

quant à d'éventuelles iniquités entre les personnes ayant des incapacités, en ce qui concerne les services dispensés. De telles iniquités existent bel et bien et nous comptons proposer des solutions à ces problèmes. Nous ne voulons donc pas entrer dans la discussion plus générale du sous-financement, réel ou non, des programmes. Nous n'avons pas adopté cette démarche dans le cas des transferts monétaires et nous ne le ferons pas davantage pour les services. La problématique de l'équité horizontale intragroupe est en soi amplement suffisante, complexe et plus spécifique à notre mandat.

Dans la mesure du possible, nous continuerons de proposer des solutions qui nous apparaissent réalistes du point de vue budgétaire et qui améliorent le sort du plus grand nombre, même s'il est toujours difficile d'apporter des modifications majeures avec la même enveloppe budgétaire, sans toucher négativement une partie de la clientèle. Encore une fois, cela ne signifie aucunement que nous cherchons à justifier les cadres budgétaires existants. Nous sommes aussi très conscients qu'il existe des problèmes de gestion à l'intérieur de nombreux programmes offerts aux personnes ayant une incapacité, qui nuisent à leur accessibilité ou encore à leur qualité, mais nous n'avons pas l'intention de proposer des réformes administratives majeures de l'appareil gouvernemental dans ces pages. Nous ne proposerons pas non plus, en guise de solution, d'assurer un meilleur financement des programmes aux personnes ayant des incapacités, même si nous n'avons à cet égard aucune opposition de principe. C'est l'équité actuelle entre les personnes ayant une incapacité qui nous préoccupe ici davantage que l'équité sociale dans son ensemble, même si la première reste une condition de la seconde.

Suivant la logique du chapitre précédent, nous aborderons uniquement les transferts sous la forme de services ou d'équipements. La plupart du temps, il s'agit de transferts directs vers un « bénéficiaire ». Mais il existe aussi des transferts indirects de services : c'est le cas, par exemple, lorsque l'État soutient par des mesures fiscales ou des programmes ciblés des dépenses liées à l'achat de services ou d'équipements reconnus. Nous avons mentionné plus tôt (2^{e} partie, Chapitre 1, section 1) que nous considérions cette forme hybride de transfert comme du financement de services,

puisque l'aide financière que reçoivent les bénéficiaires (sous une forme monétaire ou fiscale) demeure strictement conditionnelle à une dépense établie par le législateur ou par les gestionnaires de ces programmes. Cette manière de faire n'est pas nécessairement répréhensible du point de vue de l'équité sociale, mais nous croyons que dans certains cas, elle pose des problèmes que nous allons discuter plus en profondeur dans ces pages. L'une des originalités du présent rapport est d'aborder pour la première fois ces formes indirectes de soutien aux services par l'entremise de la fiscalité (voir section 3.2.1 de ce chapitre). Cela n'avait jamais été fait par le passé, et nous croyons qu'il s'agissait d'une lacune, puisque des enjeux importants sont en présence et qu'il est important que les organisations qui se soucient du traitement équitable entre les citoyens, notamment ceux ayant une incapacité, aient un portrait complet de la situation.

Notre analyse ne présuppose pas l'abandon ou encore la fusion de programmes publics et privés d'assurance. Pour des raisons évoquées à quelques reprises dans ce rapport, cette solution ne nous apparaît ni souhaitable ni même réaliste. Les assurances, notamment les régimes publics, ont encore un rôle important à jouer dans notre système de protection sociale. Elles ne sont pas *a priori* contraires à l'équité en autant, bien entendu, qu'elles se maintiennent dans leur rôle supplétif par rapport à un régime de compensation de base pour tous, que nous désirons plus généreux et moins segmenté qu'à l'heure actuelle. Nous aurons aussi à cet égard un certain nombre de recommandations à faire pour améliorer le régime actuel de compensation, du point de vue de l'équité.

La problématique de l'équité en matière d'accès à des services et à des équipements présente des spécificités qui commandent que nous adoptions parfois une perspective différente de celle qui a nourri notre démarche pour les transferts monétaires. En effet, la compensation monétaire accordée par les programmes gouvernementaux reste généralement la même, quelle que soit la gravité de l'incapacité. L'aide accordée n'est pas modulée pour tenir compte de la gravité de l'incapacité ou de son caractère irrémédiable. Dans le cas de l'allocation supplémentaire pour contraintes sévères à l'emploi, de l'allocation pour enfant handicapé ou encore du crédit d'impôt pour

déficience physique ou mentale, le demandeur doit satisfaire à un certain nombre de conditions pour avoir droit à une compensation qui est identique pour tous. Nous avons questionné cette manière de faire au chapitre précédent et proposé d'examiner la possibilité que la compensation monétaire, notamment sous la forme d'une éventuelle allocation pour personne handicapée, tienne compte davantage des situations de besoins, lorsque son implantation initiale aura été réalisée.

Dans le domaine des services financés et offerts par l'État, la situation est différente. Les services et les équipements sont en principe mis en place pour répondre à des besoins très spécifiques et de nature différente. Ceux-ci vont de la représentation des intérêts des personnes ayant une incapacité à la réadaptation physique et sociale des enfants handicapés. L'importance des ressources peut ainsi varier grandement selon les clientèles, le financement antérieur déjà accordé ou simplement la volonté politique. Cette manière de faire pose à son tour un certain nombre de questions et d'enjeux pour l'avenir de la compensation équitable.

Le premier enjeu est de s'assurer que chaque clientèle et chaque type d'incapacité soient traités avec une certaine équité. Comme aucun outil de mesure ou indice n'est appliqué pour comparer le sort relatif des différents types d'incapacité (motrice, visuelle, intellectuelle, etc.), il est inévitable que des groupes soient mieux traités que d'autres, pour des raisons qui demeurent contingentes du point de vue de l'équité sociale. Les biais sont très nombreux en la matière et ils peuvent être initiés autant du côté de l'offre que de la demande. En effet, plus les demandeurs sont organisés politiquement et plus il est facile pour eux d'obtenir un financement adéquat pour leurs besoins. D'un autre côté, ceux qui ont des services ou des équipements à offrir sont nécessairement les premiers à en faire la promotion, afin de convaincre les gouvernements ou les bénéficiaires éventuels de leur mérite. L'idée que la compensation équitable en matière de services et d'équipements revient simplement à répondre aux besoins des personnes est ainsi trop simpliste ; elle jette un voile sur le fait que, dans ce domaine, l'offre crée souvent la demande.

La compensation monétaire actuelle a au moins comme mérite de ne pas porter de jugements sur la situation des personnes et de compenser chacun de manière identique. Rappelons que ce constat n'a rien d'académique. Les sommes investies par l'État pour compenser les besoins spéciaux par des services et des équipements sont de très loin supérieures aux ressources affectées aux transferts monétaires. La difficulté qui confronte tous travaux sur la compensation équitable est donc de déterminer si l'allocation globale des ressources mise à la disposition des personnes ayant une incapacité est aussi équitable du point de vue horizontal. Dans la catégorie très générale des « personnes ayant une incapacité », il existe une multitude de sous-catégories qui traduisent des types et des niveaux d'incapacité différents. Est-ce qu'il y aurait des catégories mieux traitées que d'autres ? Comment déterminer nos priorités dans la compensation sous forme de services ? En l'absence de mesures et d'informations sur le sujet, nous ne pouvons simplement pas porter un jugement sur le caractère adéquat ou non de l'offre des services et des équipements entre les catégories de personnes ayant une incapacité. Cela distingue donc clairement cette partie du rapport du chapitre précédent, où les manquements à l'équité intragroupe étaient beaucoup plus faciles à déceler.

Les catégories juridiques qui peuvent interférer dans la réalisation de l'équité sont beaucoup moins nombreuses pour les services et les équipements que pour les transferts monétaires. En contrepartie, il existe une multitude de catégories administratives qui constituent les différentes « clientèles » de ces services, et celles-ci sont autant de situations nouvelles d'iniquités.

Les transferts sous forme de services plutôt que monétaires ont aussi comme autres caractéristiques d'engendrer nécessairement beaucoup plus d'occasions de disparités. Certaines de ces disparités seront peut être considérées comme bénignes, alors que d'autres soulèveront inévitablement des questions du point de vue de l'équité. Le propre des services à la population est de faire en sorte que certaines personnes (professionnels de la santé, éducateurs, agents d'aide, etc.) prennent soin d'autres personnes (malades, enfants, personnes ayant une incapacité, etc.). L'intervention humaine qui est décuplée dans le cas des services crée inévitablement des situations

de traitement différencié. On considère généralement que l'équité sociale, prise dans son ensemble, n'est pas en jeu pour de telles raisons, mais il est à remarquer que les différenciations pour des causes humaines sont moins probables dans le cas des transferts monétaires qui, par leur nature, ont l'avantage d'être plus impersonnels.

Bref, ce chapitre sur les services et équipements apparaîtra peut-être moins innovateur que le chapitre précédent. Pour l'essentiel, notre travail de réflexion demeurera au niveau des principes, et nous ne défendrons pas l'élaboration de nouveaux programmes ou de nouvelles institutions, comme nous l'avons fait dans le chapitre 4 portant sur les transferts monétaires. Cela tient au fait que les enjeux fondamentaux de la compensation équitable, dans le domaine des services, restent très différents des enjeux pour les transferts monétaires. En effet, s'il existe un secteur où le principe d'un régime de base couvrant toutes les personnes sans égard à la cause de leur incapacité est reconnu et en vigueur, c'est bien dans celui de la santé et des services sociaux. De ce point de vue, il est normal que nous ayons insisté un peu plus sur les mécanismes de compensation monétaire, puisque le chemin à parcourir pour en arriver à un régime de base plus équitable reste encore assez long. La mise en place d'une allocation pour personnes handicapées, qui est un concept nouveau, a exigé plus d'efforts d'explication et de justification de notre part. Les difficultés qui se posent pour rendre le régime de compensation des services et des équipements encore plus équitable sont d'une nature fort différente. Nous n'avons pas nécessairement besoin de transformations radicales pour favoriser l'équité. Il faut cependant nous assurer que les institutions qui sont déjà en place soient plus à la hauteur de leurs promesses d'universalisme et d'accessibilité.

12. Le régime actuel de compensation de base : son fonctionnement transversal et ses principales difficultés

12.1 Mise en contexte

Une recension récente et qui reste à compléter répertorie pas moins de 240 programmes gouvernementaux et 390 mesures dédiés entre autres à la clientèle des personnes ayant une incapacité (Vaillancourt et autres : 130). La majorité de ces programmes et de ces mesures sont gérés par le gouvernement du Québec. Cette compilation montre que parmi l'ensemble des mesures, la catégorie « services et équipements » représente 32 % de toutes les interventions répertoriées. On retrouve aussi des subventions à des instances intermédiaires (écoles, centre de réadaptation, hôpitaux, différentes agences gouvernementales, entreprises d'économie sociale, organismes communautaires et entreprises privées offrant des services particuliers) qui comptent pour 13 % des mesures existantes. Les indemnités d'assurance, les prestations d'assistance et les mesures fiscales représentent ensemble 45 % des mesures offertes. Les normes qui ont pour but de réguler l'offre, que celle-ci soit publique, privée ou communautaire, correspondent à 9 % de toutes les mesures (Vaillancourt et autres : 142-143).

Tel que mentionné plus haut, la problématique de l'équité dans les services est très différente de celle de l'équité dans les transferts monétaires. Ainsi, la majorité des services importants pour les personnes ayant une incapacité (santé, réadaptation, soins à domicile, adaptation de véhicule, adaptation du domicile) sont gérés par différents organismes gouvernementaux. C'est ce que l'on caractérise parfois comme le modèle d'intervention « transversale » propre à la problématique des personnes handicapées. Il est à noter que, règle générale, ces organismes gouvernementaux endossent les règles de base de la compensation équitable, notamment l'universalité plutôt que la différenciation selon la cause de l'incapacité. Ils le font le plus souvent à partir de vastes programmes gérés par des ministères, les plus importants d'entre eux étant la Santé et les Services sociaux (réadaptation physique, maintien à domicile), l'Éducation

(intégration scolaire, aide au transport scolaire adapté), l'Emploi (intégration au travail, formation, emplois adaptés) et les Transports (aide au transport adapté).

La question de la compensation équitable, notamment la compensation intragroupe, se pose donc d'une façon tout à fait particulière dans ce contexte. Ce sont de très grandes organisations qui contrôlent une bonne partie des dépenses de l'État et qui subissent toutes de fortes pressions, qui s'expliquent par une augmentation des attentes à leur endroit. Ces grands ministères ne gèrent pas que des programmes destinés aux personnes ayant une incapacité. En fait, dans la plupart des cas, cette clientèle demeure assez marginale eu égard à l'ensemble de leurs activités. C'est toute la différence avec des organisations comme la CSST ou la SAAQ, dont la raison d'être est l'indemnisation de personnes faisant partie d'une clientèle très ciblée. De telles organisations possèdent bien entendu leurs difficultés de gestion, mais elles bénéficient néanmoins d'un mandat clair établi en partie par la concurrence tacite du secteur des assurances privées. Elles jouissent d'une grande autonomie, notamment financière, et elles détiennent une meilleure unité d'action que des bureaucraties à la taille parfois démesurée comme les ministères de la Santé ou encore de l'Éducation. Cette situation a souvent conduit de nombreux commentateurs à recommander que les services aux personnes ayant des incapacités soient administrés par des organismes autonomes comme la CSST ou la SAAQ. Cette perspective est attrayante et nous la discuterons dans nos propositions, mais il faut tout de suite indiquer ses limites.

La CSST et la SAAQ administrent des programmes qui touchent finalement une faible proportion des personnes ayant une incapacité. S'occuper de l'ensemble de cette clientèle, toutes situations confondues, ne peut qu'augmenter la complexité des modes de gestion, les risques d'inefficacité et les occasions de confusion dans les mandats à accomplir. De plus, outre les compensations financières, ces régimes publics d'assurance offrent assez peu de services directs à leur clientèle. Ils préfèrent plutôt s'adresser à des organismes publics et parfois privés et acheter les services pour leur clientèle. Leur autonomie financière les rend aptes à sous-traiter les services selon leurs besoins, ce qui augmente encore une fois leur capacité d'action et d'adaptation aux circonstances les plus diverses. Pourrait-on imaginer un méga-organisme prenant

en charge toutes les personnes ayant une incapacité au Québec et qui, doté d'une autonomie financière adéquate, pourrait agir de la sorte auprès de différents dispensateurs de services ?

Cette idée n'est pas nouvelle. Ce fut d'ailleurs le modèle de gestion proposé dans le rapport remis à la COPHAN et dans le rapport Fougeyrollas. Malgré son attrait indéniable, nous croyons qu'il n'est pas réaliste ni même souhaitable. Nous nous expliquerons à ce sujet un peu plus loin. Retenons simplement pour le moment que les conditions qui font que des organisations comme la CSST ou la SAAQ connaissent des succès relatifs auprès de leurs clientèles ne s'exportent pas facilement. Ces régimes d'assurance s'occupent d'une clientèle restreinte, pour laquelle une expertise est disponible, tout en disposant d'une large autonomie financière et organisationnelle. Ces conditions largement facilitantes peuvent difficilement être étendues à une clientèle aussi diversifiée que l'ensemble des personnes ayant une incapacité. Les besoins des personnes handicapées physiquement ou intellectuellement sont très différents : on n'a qu'à constater les difficultés que rencontrent la SAAQ et la CSST dans le traitement des conséquences psychologiques d'un accident de la route ou du travail pour s'en convaincre.

12.2 La régionalisation dans l'offre de services : disparité ou iniquité ?

Il existe, dans les différentes régions du Québec, des disparités importantes dans l'offre de services pour les personnes ayant une incapacité. Cela constitue un objet important de frustration, que l'on rencontre beaucoup moins dans le domaine des transferts monétaires, simplement parce que ceux-ci sont en principe insensibles aux effets des régionalismes. Quel que soit l'endroit où l'on réside, l'allocation pour contraintes sévères à l'emploi de l'aide sociale ou encore l'allocation pour enfant handicapé reste la même. Un gouvernement peut difficilement faire aussi bien pour le transport adapté ou encore les soins à domicile, où il est bien connu qu'ils varient grandement selon les régions. Différents facteurs peuvent expliquer cette situation.

Dans le domaine de la santé et des services sociaux, nos gouvernements ont fait le choix depuis plusieurs années de la régionalisation. C'est donc à chacune des régions administratives du Québec de définir ses priorités dans l'offre de services. Même les établissements qui dispensent des services jouissent parfois d'une certaine latitude dans l'établissement de leurs priorités. La décentralisation est souvent considérée nécessaire afin de mieux ajuster l'offre à la demande pour une région ou un établissement donné. Elle entraîne inévitablement des variations que la clientèle en attente peut à juste titre considérer comme inéquitable, puisque les bénéficiaires font partie en principe de la même société et qu'ils paient les mêmes impôts. En faisant le choix conscient de la régionalisation, le gouvernement ouvre donc nécessairement la porte à un panier de services pouvant fluctuer d'un endroit à l'autre.

L'autre raison des différenciations régionales n'a rien à voir avec la volonté gouvernementale. Les services étant administrés, mais aussi rendus par des individus, il faut que la main-d'œuvre soit sur place. Cet objectif n'est pas toujours facile à atteindre, notamment pour le personnel hautement qualifié. L'argent, contrairement aux individus, possède une mobilité presque infinie et n'est pas affecté par des réalités géographiques comme l'éloignement des grands centres.

Pour de nombreux commentateurs, les disparités régionales constituent un exemple d'iniquités horizontales intragroupes dont sont victimes les personnes ayant une incapacité, comme beaucoup d'autres clientèles des services gouvernementaux. Ces « iniquités » n'ont rien à voir avec une quelconque différenciation juridique entre bénéficiaires. Elles résultent au contraire de régimes de compensation universels, gratuits et qui, en principe, ne différencient pas les personnes ayant une incapacité selon les causes de leur incapacité. Le principe d'une compensation de base pour les besoins spéciaux est reconnue par l'État dans l'offre de services qu'il administre, mais ceux-ci ne sont tout simplement pas toujours disponibles de manière satisfaisante pour des raisons administratives de tous genres : mauvaise affectation régionale des ressources, manque de personnel, clientèle jugée insuffisante ou encore trop dispersée à l'intérieur d'un territoire. La question fondamentale qui se pose, dans le cadre de notre rapport, est donc la suivante : devrait-on considérer de telles disparités comme des

iniquités ? Selon notre définition, nous croyons que oui. En effet, si la compensation équitable est un droit reconnu à chaque citoyen, il est difficile de justifier des différences dans le panier des services de santé ou de réadaptation auxquels ils devraient avoir droit, compte tenu de leur situation.

En contrepartie, on fera valoir que des choix de gestion comme celui de la régionalisation des services, notamment dans le domaine de la santé, ont souvent été présentés comme un progrès démocratique. La régionalisation permettrait en effet de rapprocher le processus de décision dans l'allocation des ressources des communautés touchées par cette allocation. La différenciation resterait ainsi le prix à payer pour une allocation de services en principe mieux adaptée aux réalités régionales. On cherchera donc à opposer ici le droit « individuel » du citoyen à obtenir des services identiques au droit plus « collectif » d'une communauté d'administrer les sommes qui lui sont versées et de choisir ses priorités. Dans ce type de situation, nous sommes plutôt portés à considérer que le « droit individuel » à une compensation suffisante devrait l'emporter sur le « droit collectif » de gestion, mais nous sommes conscients que plusieurs commentateurs et analystes de la politique sociale contemporaine ne partagent pas du tout ce point de vue normatif.

Dans ce rapport, nous avons adopté comme position de ne pas élaborer davantage quant aux enjeux des disparités régionales dans l'offre des services aux personnes handicapées. Ce n'est pas parce que la question n'est pas importante ni d'actualité. Il nous manque cependant beaucoup d'informations pour dresser un portrait global et fidèle de la situation. Il serait très hasardeux de nous avancer à faire un état de la situation, tellement le nombre de programmes qui pourraient être impliqués est important. De plus, ce type d'enjeu n'est pas vraiment de notre ressort. Notre mandat consiste à traiter des régimes de compensation et des iniquités qu'ils engendrent, à partir des règles qui définissent leur mandat respectif. Les disparités régionales ne constituent des objectifs recherchés par aucun des régimes actuels. Ce sont plutôt des conséquences indirectes de leur mise en application, et les solutions à ces disparités ne sont pas de nature juridique ou institutionnelle, mais essentiellement administrative. Cela n'exclut pas, toutefois, qu'elles puissent être considérées comme inéquitables.

12.3Les listes d’attente : un exemple d’iniquité ?

Nous avons mentionné que la grande majorité des services offerts aux personnes handicapées étaient dispensés de manière universelle, gratuite et sans discrimination selon la cause de l'incapacité. Cela est vrai en principe, mais dans la réalité, les services ne sont pas nécessairement offerts à temps et en quantité suffisante. Encore ici, ce ne sont pas en soi les règles d’admissibilité du régime de base qui sont en cause, mais plutôt leur organisation administrative et leur financement. Nos propos seront illustrés par un seul exemple, qui a eu des échos dans les médias en 2002-2003 : le programme d’adaptation du domicile administré par la Société d’habitation du Québec (SHQ).

Depuis ses débuts, ce programme n’a jamais vraiment réussi à répondre à la demande. Il s’adresse aux personnes handicapées et permet de financer des améliorations à leur logement, afin de les aider à être plus autonomes et d’avoir un accès aux commodités essentielles de la vie courante. Il peut s’agir de l’installation d’une rampe d’accès, du réaménagement d’une salle de bains ou d’une cuisine, etc. Si un certain nombre de conditions sont respectées, la SHQ rembourse jusqu’à un maximum de 16 000 $ les frais d’adaptation pour un ménage qui est propriétaire de l’immeuble. À l’été 2003, la liste d’attente pour l’adaptation du domicile était d’au moins deux ans pour les personnes ayant déposé leur demande en 2001 (des évaluations récentes indiquent que si rien n’est fait, les demandes déposées en 2003 attendront plus de neuf ans avant d’être traitées).

Les listes d’attente sont courantes dans le système de santé et des services sociaux en ce qui concerne les mesures offertes aux personnes handicapées. On peut s’en plaindre et questionner la validité d’un régime dit « de base » qui, certes, compense sans égard à la cause de l'incapacité, mais sans être en mesure de répondre adéquatement à tous les besoins. Cependant, et contrairement à ce que l’on entend habituellement, la présence de listes d’attente n’est pas en soi contraire à l’équité, notamment lorsqu’il s’agit de services qui ne sont pas financés préalablement par les bénéficiaires. Tout dépend des critères qui permettent la constitution de cette liste

d’attente. Dans un monde où les ressources sont limitées et où les besoins des personnes handicapées sont potentiellement illimités, les listes d’attente peuvent très bien être la seule façon de gérer équitablement la demande. Bien entendu, si la constitution des listes d’attente repose sur des critères arbitraires aussi injustes que la race, le sexe ou encore le revenu, elles seront contraires aux principes de la compensation équitable. Rien n’indique cependant que ce soit le cas aujourd’hui. Il faut donc éviter d’associer automatiquement la présence de listes d’attente à des iniquités. Dans un régime où les services sont à toutes fins pratiques gratuits, elles sont probablement inévitables. Bien plus, elles peuvent même être recherchées par les gestionnaires de programmes publics, car elles justifient dans certains cas le maintien des services qu’ils administrent et l’amélioration de leur financement. Dire que l’existence d’une liste d’attente est par définition inacceptable est une position facile à adopter, mais plus difficile à soutenir.

Notre mandat n’est pas de traiter de l’insuffisance des ressources mises à la disposition des personnes ayant une incapacité. Voilà pourquoi nous ne discuterons jamais dans ces pages de la longueur des listes d’attente pour l’un ou l’autre des programmes. Mais si la présence de listes d’attente n’est pas nécessairement contraire à l’équité, cela ne signifie pas qu’elles ne peuvent pas l’être. Il est possible en effet que l’organisation de certaines listes d’attente pose un problème d’équité, et nous comptons faire des propositions un peu plus loin à ce sujet. Dans certains cas, la priorisation des services est la façon la plus équitable de continuer à répondre à une demande qui dépasse l’offre, notamment dans un régime où les services sont gratuits.

13. Les principales iniquités liées à la coexistence entre le régime de base et les autres régimes d'indemnisation

Un des grands principes qui sous-tend les régimes québécois et canadien de soins de santé est l'égalité de tous les citoyens devant la maladie. Au cours des dernières années, les débats sur la privatisation des soins de santé ont toujours été ramenés à cette donnée fondamentale : en principe, un citoyen n'est pas admis à utiliser ses deniers personnels pour avoir accès à des soins de santé plus rapides ou de meilleure qualité. Bien sûr, il existe des exceptions à ce principe, notamment en matière de chirurgies électives, mais la règle demeure applicable aux soins dits « de base ».

Pourtant, il existe des programmes collectifs (3.1) ou individuels (3.2) dont l'application risque de heurter ce grand principe d'égalité. Il en résulte parfois des iniquités qui doivent à notre avis être corrigées.

13.1 L'accès aux soins de santé et aux mesures de réadaptation

Contrairement à la situation observée en matière de transferts monétaires, les différentes catégories de personnes handicapées ne font en principe l'objet d'aucune discrimination pour l'obtention des soins de santé et l'accessibilité aux mesures de réadaptation physique. En effet, l'État occupe une bonne partie de ce champ établi sur des principes similaires à ceux de la compensation équitable qui ont été posés dans ce rapport. L'assurance maladie n'a de programme assuranciel que le nom. En fait, il s'agit d'un régime de base offert à tous les citoyens, quelle que soit leur contribution au fonds consolidé du Revenu.

Au-delà de la généralité du principe, on note toutefois que des mesures de différenciation existent bel et bien au Québec. À l'heure actuelle, les compagnies d'assurance tant publiques (SAAQ et CSST) que privées ont la capacité financière

d'obtenir plus rapidement des soins que certains pourraient qualifier de première ligne. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette situation :

- le financement adéquat et pleinement capitalisé de ces régimes explique leurs ressources financières supérieures à celles du régime public d'assurance maladie ;

- ces régimes opèrent en concurrence. Pour les compagnies d'assurances privées, la concurrence existe entre elles et est fondée sur les lois du marché. Pour la SAAQ et la CSST, la concurrence vient du système traditionnel de la responsabilité civile, où tout retard à soigner adéquatement ses bénéficiaires entraînerait automatiquement de fortes pressions visant à abolir leur caractère exclusif ;

- le retour en santé signifie la fin du versement d'indemnités monétaires basées sur les revenus antérieurs du bénéficiaire. Ces régimes ont donc un incitatif direct à faire soigner rapidement et adéquatement leurs clientèles, puisque tout retard entraînera nécessairement des sorties de fonds supplémentaires.

L'importance de ces facteurs est incontestable, et il ne saurait être question de procéder à un nivellement par le bas, en demandant à ces régimes de traiter moins rapidement leurs bénéficiaires. Il n'en demeure pas moins qu'il semble exister un système de santé à deux vitesses, ouvert à certaines organisations, système que les Québécois rejettent par ailleurs majoritairement lorsqu'un seul individu voudrait en profiter. Il nous semble que la couverture médicale et la réadaptation physique constituent les composantes les plus fondamentales de ce qui est essentiel dans la couverture des besoins spéciaux. Ainsi, les frais de physiothérapie, les soins à domicile ou en institution sont des exemples où les besoins de *toutes* les personnes handicapées devraient être rencontrés de la même façon.

Qu'en est-il réellement de la situation actuelle ? Les victimes d'accidents de la route et du travail ont accès plus rapidement que les autres citoyens aux soins de physiothérapie, aux services d'un ergothérapeute ou au programme d'adaptation de leur domicile : cela est indéniable. Mais sont-ils soignés plus rapidement à l'hôpital ?

Existe-t-il une préséance dans les opérations chirurgicales pratiquées ? Aucune information ne nous permet de croire que de telles situations existent. La CSST et la SAAQ ne paient pas un médecin pour qu'il pratique plus rapidement une opération qui aurait dû être réalisée à l'hôpital. Ces organismes ne font pas, à notre connaissance, de demande aux hôpitaux afin que l'on procède à l'ouverture de lits supplémentaires ; ils n'exigent pas en soi un traitement différencié pour leur clientèle. Chaque direction d'hôpital est libre de sa gestion interne, mais comme les frais reliés à l'hospitalisation sont à la charge des organismes d'indemnisation, les hôpitaux n'hésiteront généralement pas à offrir les services les plus complets, sachant qu'ils sont assurés de se faire rembourser ensuite. Il est cependant vrai que les *suites* d'une opération sont traitées plus rapidement et plus complètement avec ces derniers régimes. Il faut donc clairement poser les enjeux en la matière.

Une compagnie d'assurance, qu'elle soit publique ou privée, ne devrait jamais pouvoir obtenir des soins de santé de première ligne que les citoyens ordinaires ne sont pas admis à s'offrir avec leurs propres deniers. L'accès à l'hôpital, les opérations chirurgicales non électives et les frais d'hospitalisation font partie de cette catégorie. La privatisation des soins de santé pose les mêmes problèmes éthiques, que le bénéficiaire potentiel des soins ait agi directement ou par l'entremise de sa compagnie d'assurance. Selon notre connaissance de la situation, les pratiques actuelles dans les hôpitaux ne remettent pas en cause ce principe. Cela devrait rester ainsi.

En ce qui concerne le vaste domaine de la réadaptation physique, le constat que nous faisons est cependant plus troublant. Il est possible et même probable que les clientèles de la CSST et de la SAAQ puissent jouir de privilèges, le délai pour recevoir certains traitements ou bénéficier de certains services étant inférieur à celui appliqué à la clientèle générale. Le motif est essentiellement économique : ces organismes paient directement pour ces services et ils tiennent à ce que leurs clientèles recouvrent rapidement la santé, afin de diminuer leurs coûts de fonctionnement, notamment en réduisant la durée du versement des indemnités monétaires. Tout cela est fort compréhensible, mais pas nécessairement justifiable. À notre avis, on devrait avoir, dans le domaine de la réadaptation physique, des réserves semblables à celles que

nous avons exprimées face à l'éventualité d'une « dualisation » du système de soins de santé. Il faut éviter que les compagnies d'assurance, qu'elles soient publiques ou privées, *nuisent* au régime de base, en accaparant des ressources matérielles lorsque celles-ci sont insuffisantes pour répondre à la demande de l'ensemble de la population (par ressources matérielles, nous entendons la main d'œuvre spécialisée qui dispense les services de réadaptation).

L'enjeu n'en est donc plus strictement un de ressources financières, mais d'allocation des ressources matérielles entre des régimes de compensation pleinement capitalisés (CSST et SAAQ) et un régime public général fonctionnant sur une base de déboursés. Un meilleur financement ne doit pas permettre de détourner les ressources disponibles. Cette position vaut à notre avis pour tous les services rattachés aux soins de santé et exclut certaines composantes de la réadaptation, telles l'adaptation de l'automobile et du domicile de la personne handicapée. Sans minimiser leur importance, il demeure que ces dernières mesures n'ont qu'un effet indirect sur la santé des personnes ayant une incapacité. En ces domaines, nous croyons que la société est capable de tolérer une différenciation entre les citoyens, selon qu'ils aient ou non adhéré à un régime d'assurance particulier.

On terminera cette section avec un commentaire plus général. À notre avis, le financement du système de santé québécois porte en lui-même les germes des traitements différenciés qui existent à l'heure actuelle. À partir du moment où la SAAQ et la CSST remboursent à l'État *tous* les coûts reliés aux soins prodigués à leurs bénéficiaires, cela peut expliquer, sans le justifier, que le système public de santé se sente libéré des contraintes budgétaires habituelles et donne à ces clientèles tous les services que le personnel disponible peut offrir. Cela pose un problème d'équité, mais pas dans le sens où on le conçoit habituellement. Le citoyen qui se retrouve à l'hôpital n'a pas à payer pour la chambre qu'il occupe, à moins de désirer obtenir une chambre privée : le système financé par ses impôts offre ce service gratuitement. Si ce même citoyen se retrouve à l'hôpital à la suite d'un accident d'automobile, il se trouve à payer une deuxième fois pour ce service à même sa contribution d'assurance automobile, puisque son assureur (la SAAQ) devra rembourser à l'État le coût de cette chambre.

N’a-t-on pas ainsi créé une mentalité où l’organisme d’indemnisation s’attend à obtenir des services particuliers pour sa clientèle, en contrepartie d’une compensation financière ? À certains égards, le financement par les régimes publics d’assurance de la *totalité* des soins de santé prodigués à leurs clientèles est susceptible d’engendrer ce type d’effet pervers.

13.2 Le financement indirect des services de santé privés par l’entremise de la fiscalité

13.2.1 Un mode de financement inéquitable : le crédit d’impôt pour frais médicaux

Le domaine de la santé accapare une portion importante de notre économie. Au Québec, l'État y injecte des sommes colossales, soit près de 40 % de son budget annuel. Ce qui est moins bien connu toutefois est que l’État agit aussi à titre de partenaire financier des contribuables qui engagent certaines dépenses non assurées par le régime. Ce partenariat s’effectue sous le couvert de la fiscalité qui, nous l’avons déjà indiqué, favorise les mieux nantis de la société. Les statistiques du Québec les plus récentes et visant l’année 2000 indiquent que 4 698 Québécois ayant un revenu imposable se situant entre 100 000 $ et 200 000 $ ont réclamé en moyenne 4 538 $ chacun à titre de dépense admissible. Lorsque le revenu excède 200 000 $, la dépense admissible moyenne passe à 9 468 $. Pour leur part, les contribuables dont le revenu se situe entre 30 000 $ et 35 000 $ ont présenté des frais admissibles s’établissant en moyenne à 2 102 $.

Ces chiffres sont éloquents : le système fiscal favorise les mieux nantis, puisque la diminution d’impôt qui leur est octroyée *per capita* est liée à la capacité d’effectuer de telles dépenses d’ordre médical. En conséquence, la réduction d’impôt est, on le comprendra aisément, plus élevée que celle attribuée au reste de la population. Ces données ne surprennent nullement puisque, pour profiter du crédit d'impôt, le contribuable doit au préalable être en mesure d'effectuer une telle dépense. Or, les gens plus fortunés ont davantage les moyens d'assumer de tels frais et de profiter par conséquent du système fiscal. Dans le cadre fiscal actuel financé par tous les citoyens,

il est clair que les plus démunis et les gens de la classe moyenne ne peuvent s'offrir de tels soins. Ils sont pourtant appelés à contribuer via leurs impôts aux soins dispensés aux plus fortunés.

Théoriquement, les contribuables dont le revenu est très peu élevé ne sont pas totalement laissés de côté, puisqu'un supplément remboursable pour frais médicaux permet d'alléger le poids de cette dépense, par l'entremise d'un remboursement d'impôt. Toutefois, puisque ce supplément est conditionnel à l'engagement d'une dépense, il est clair que son utilisation est restreinte.

Cette forme de subvention, offerte à un segment plutôt limité de la population, soulève bien des interrogations. D'une part, alors que le système de santé doit être accessible gratuitement à tous, nous constatons que le recours à la fiscalité constitue un mode de financement d'un système parallèle de soins de santé qui profite davantage aux mieux nantis, créant ainsi une entorse sévère au principe de l'équité verticale. La mise en place d'un système de santé « à deux vitesses » est ainsi facilitée. D'autre part, alors que l'État doit fixer ses priorités quant aux dépenses à être engagées dans le domaine de la santé au cours d'une année donnée, le système fiscal, via le mécanisme du crédit d'impôt, retire à l'État ce pouvoir. En effet, avec le crédit d'impôt, c'est le contribuable qui oriente sa dépense selon ses propres besoins et qui prend la décision d'engager une dépense non couverte par l'État. Mais il y a plus : cette décision du contribuable aura des répercussions sur les finances de l'État qui, sans consultation aucune, devient son partenaire financier par le mécanisme du remboursement offert au contribuable. Qui plus est, l'engagement financier de l'État n'est soumis à aucun plafond monétaire, si ce n'est que le crédit d'impôt dont peut bénéficier le contribuable ne peut excéder son impôt payable. Par exemple, la dépense couvrant l'hébergement d'une personne en perte d'autonomie peut, selon les circonstances, donner ouverture au crédit. Bien que l'ampleur des soins requis puisse avoir un impact direct sur le type d'hébergement et les coûts qui s'y rattachent, rien ne s'oppose à ce que le contribuable opte pour une formule plus luxueuse et onéreuse, dont une portion du coût sera remboursée par l'État. Bien entendu, le nombre restreint de lits disponibles dans les centres d'hébergement publics constitue une contrainte de taille et force le recours au système privé.

Dans un souci d'équité, il nous semble que si de tels crédits d'impôts sont maintenus, ils devraient à tout le moins faire l'objet d'une révision afin que les sommes investies par l'État dans le contexte de la fiscalité couvrent uniquement la portion de la dépense jugée essentielle, selon les normes fixées pour l'ensemble de la population. La question fondamentale que nous posons demeurerait cependant la même : l'instrument mis en place en toute bonne foi par le législateur afin d'aider le contribuable à assumer certains coûts supplémentaires, notamment celui qui a une incapacité de longue durée, est-il équitable vis-à-vis toutes les personnes handicapées ? Nous croyons que non. Il génère *de facto* une forme de discrimination basée sur le revenu qui est incompatible avec les principes de la compensation équitable.

13.2.2 Une alternative plus équitable : le compte d'épargne santé

Le crédit pour frais médicaux est source de tracasseries administratives et demeure très contestable du point de vue de l'équité sociale. En effet, le niveau de compensation qu'il procure dépend directement de la capacité individuelle de débourser des sommes pour des services et équipements qui ne sont pas couverts par le régime actuel d'assurance maladie. Cette situation est inéquitable, puisque la technique propre au crédit d'impôt n'est pas en mesure d'assurer que deux personnes ayant des difficultés de santé identiques soient également traitées par l'État. La prudence à l'égard du crédit d'impôt pour frais médicaux est d'autant plus de rigueur lorsque l'on constate que les sommes qui y sont consacrées par l'État croissent à un rythme important et que cette tendance n'est pas sur le point d'être renversée. Cela résulte du vieillissement de la population, des besoins en santé sans cesse croissants et des ressources financières accrues des personnes âgées. Il est donc essentiel que l'État se penche sérieusement sur cette question, face aux risques de dérapage financier liés à l'absence quasi totale de mécanisme de contrôle des dépenses.

Nous croyons que deux solutions méritent d'être analysées dans de telles circonstances. Le législateur pourrait, en premier lieu, décider d'abolir ce crédit et réinvestir les sommes économisées, près de 600 millions de dollars en 2003 pour le Canada, dans le système public de santé. L'offre de services publics devrait alors normalement augmenter d'autant, et la capacité de payer pour avoir accès à ces

services ne serait plus en principe un obstacle, puisque ce régime est pour l'essentiel gratuit et universel. Il faut toutefois comprendre que cette proposition serait tout de même insuffisante pour couvrir la totalité des dépenses faisant l'objet de ce crédit d'impôt, car ce crédit exige au départ l'engagement d'une dépense par le contribuable, alors que le crédit ne compense qu'une portion de la dépense et même parfois, ne compense absolument rien. L'État ne pourrait donc combler cet écart avec les seules économies créées par l'abolition de ce crédit d'impôt. Certains analystes jugeront peut-être que l'abolition du crédit et une contribution équivalente dans le régime public de santé demeurent néanmoins la voie la plus équitable pour financer les soins de santé. Ces sommes seraient mieux utilisées dans un système de santé dont on dit depuis plusieurs années qu'il est sous-financé.

Le législateur pourrait avoir ses raisons de ne pas abolir le crédit d'impôt pour frais médicaux trop rapidement. Cet outil fiscal constitue une aide ponctuelle bien réelle pour des dépenses de santé qui ne font pas partie de la couverture d'assurance maladie. Même si le noyau dur des dépenses dans le domaine de la santé demeure l'apanage du régime public, le législateur reconnaît, en mettant en place un crédit d'impôt pour frais médicaux, les limites de la couverture d'un tel régime et le fait qu'il subsiste un devoir d'appuyer financièrement les citoyens à l'égard des autres dépenses de santé. Comment le faire sans les discriminer sur la base de leur revenu, comme le fait inévitablement le crédit d'impôt actuel ?

Soucieux des préoccupations énoncées par les partisans des deux options, nous présentons une alternative qui a pour grand mérite de se rapprocher sinon de la lettre, du moins de l'esprit du crédit actuel, tout en permettant davantage à l'État de conserver un certain contrôle sur l'ampleur des dépenses engagées à ce titre par les contribuables. Il s'agit du compte d'épargne santé (CES).

Le CES est une formule qui est déjà employée dans certaines juridictions, notamment à Singapour. Son principe est simple : il s'agit de mettre à la disposition de tous les citoyens un compte virtuel dans lequel l'État verse annuellement une prestation. Les citoyens qui engagent des dépenses de santé admissibles (selon des critères qui

pourraient très bien être ceux en vigueur actuellement pour le crédit d'impôt pour frais médicaux) peuvent se faire rembourser cette dépense jusqu'à concurrence de la somme disponible dans leur compte. Le CES doit donc servir exclusivement à couvrir des dépenses médicales. On peut décider, c'est généralement le cas, que les citoyens doivent assumer personnellement une franchise pour chaque retrait effectué. Cependant, celle-ci ne peut être très élevée si l'on veut éviter d'être aux prises avec des iniquités comparables à celle que l'on cherche à corriger. La littérature spécialisée démontre clairement que l'application d'une franchise, tout comme d'un ticket modérateur, contribue à créer des inégalités d'accès aux services. Notons que le montant versé à chaque citoyen dans son CES peut, si nécessaire, être modulé pour tenir compte de circonstances particulières.

Les soldes non utilisés de ce compte peuvent être cumulés et reportés d'une année à l'autre. Cela évite de pousser un citoyen à effectuer inutilement des dépenses qui ne sont pas nécessaires, et cela permet aussi aux plus jeunes d'accumuler un capital qui leur sera utile lorsqu'ils seront âgés et feront face à des problèmes de santé plus récurrents.

Le principe d'un compte santé soulève de nombreux débats. Certains radicaux ont, par exemple, proposé d'en faire un modèle pour une réforme du régime d'assurance maladie. En Alberta, par exemple, la commission Mazankowski a suggéré que le CES puisse devenir la principale forme de financement des soins de santé dans cette province, une fois la privatisation du secteur de la santé réalisée. Nous ne proposons bien sûr aucun virage vers une privatisation de ce type (pour une critique de cette approche, on lira Hurley : 2002). Il ne s'agit pas d'abolir le régime universel d'assurance maladie, mais de modifier la façon de gérer ce qui se situe en dehors de son champ d'application. Le crédit d'impôt pour frais médicaux pose des difficultés et il faut trouver une façon de l'améliorer ou même songer à l'abolir, si nécessaire. Généralement, on propose de rendre les crédits d'impôts de ce type remboursables afin qu'ils aient la même valeur pour tous les contribuables. Mais le crédit d'impôt pour frais médicaux est lié à une dépense déjà effectuée, ce qui le rend inévitablement régressif. Le CES évite ce piège en compensant la dépense de la même façon pour tous. Le fonds demeure

sous un contrôle individuel, mais les conditions d'utilisation sont définies par le législateur, comme c'est le cas en ce moment avec le crédit d'impôt pour frais médicaux. Si ces critères sont insatisfaisants, rien n'empêche de les améliorer.

Une des critiques récurrentes du CES est qu'il ne tient pas suffisamment compte des situations particulières de santé des citoyens, qu'il compense de manière uniforme, ce qui occasionne des manquements au principe de l'équité horizontale. Cette critique est particulièrement valable pour les personnes ayant une incapacité. Il est à remarquer, cependant, qu'elle vaut déjà pour le crédit d'impôt pour frais médicaux. Cela nous ramène à une discussion que nous avons déjà eue à propos de l'allocation pour personnes handicapées, dans le chapitre précédent. La modulation des prestations sociales pour tenir compte du niveau d'incapacité ne pose pour nous aucune difficulté de principe. Nous avons d'ailleurs déjà mentionné qu'un compte santé pourrait très bien répondre à cette attente que nous croyons légitime, mais pour laquelle il n'existe pas encore de techniques d'évaluation reconnues dans les politiques gouvernementales actuelles.

En résumé, le CES aurait pour mérite de maintenir une aide pour les citoyens qui effectuent certaines dépenses en matière de soins de santé, mais de manière plus transparente et surtout plus égalitaire qu'aujourd'hui. Comme il concerne des services et des équipements qui sont plus marginaux par rapport à la couverture actuelle du système de santé, il n'entraîne aucune remise en question de la couverture de base offerte par le régime de soins de santé public. Le CES agit plutôt comme un complément qui peut s'avérer fort utile, puisque son usage est plus souple et qu'il donne l'occasion au citoyen de faire jouer un peu plus ses préférences ou ses priorités. Certains pourraient dire qu'il s'agit d'un soutien indirect au secteur privé dans la santé. Ils ont raison. Cependant, un tel soutien existe déjà, et il prend la forme du crédit d'impôt pour frais médicaux. Les 600 millions de dollars présentement consacrés à ce soutien ponctuel demeurent somme toute marginaux, en comparaison avec les milliards que l'ensemble des Canadiens investissent annuellement dans leur régime public de santé. Répartie entre tous les contribuables canadiens, la somme réellement versée par l'État en vertu de ce crédit demeure minime, soit environ 20 $ par année. Devrait-elle

être réservée uniquement à la population âgée ou aux contribuables ayant des incapacités sévères ? La question mérite certainement d'être discutée. Nous croyons qu'un compte santé bien géré par l'État, avec un financement comparable à ce qui existe déjà avec le crédit pour frais médicaux, ne mettrait aucunement en danger le caractère public actuel du système de santé. Cette solution devrait donc pouvoir faire l'objet d'une plus grande attention de la part des gouvernements au cours des prochaines années.

14. L’amélioration de l’équité dans l’offre des services offerts aux personnes handicapées

Comme nous l’avons vu, le panier actuel de services offerts aux personnes ayant une incapacité a plusieurs mérites du point de vue de l’équité. Cependant, il connaît aussi un certain nombre de ratés relatifs notamment à la régionalisation des services, à l’existence de nombreuses listes d’attente explicites et implicites et à la présence de programmes qui sont parfois placés en situation de concurrence négative. Dans un contexte où la demande pour des services dépasse l’offre réelle, l’État devrait définir ses priorités dans la gestion de l’offre des services et s'assurer qu’elles respectent des normes d’équité qui auront au préalable été fixées. Le chemin à parcourir en la matière demeure encore important, puisque jusqu’à maintenant, l’État québécois n’a pas été suffisamment actif à cet égard. Dans cette section, nous ferons un certain nombre de propositions générales dans le but d’aider les différentes organisations qui oeuvrent à l’amélioration du sort des personnes ayant une incapacité à mieux cerner les tâches qu’il reste à accomplir pour renforcer l’équité générale dans la gestion collective des services pour cette clientèle.

14.1 La création d’une agence autonome : une proposition irréaliste

L’idée de créer une agence centralisée chargée de coordonner l’ensemble des programmes et mesures pour les personnes ayant une incapacité a fait l’objet d’un consensus dans certains travaux antérieurs. Déjà la COPHAN, dans le rapport qui lui a été remis en 1992 (voir Partie 2, chapitre 2, section 2.2 pour les détails), favorisait implicitement cette approche. La même idée fut reprise avec insistance à l’intérieur du rapport Fougeyrollas de 1999 (voir Partie 2, chapitre 2, section 2.3 pour les détails). Ces deux documents entrevoyaient la création d’une agence essentiellement autonome du point de vue administratif et financier. Le modèle de référence était bien entendu celui des régimes publics d'indemnisation gérés par la SAAQ et la CSST. La réussite de ces organismes, qui couvrent fort convenablement leurs bénéficiaires pour les besoins spéciaux liés à leur condition, explique évidemment leur grand attrait. Les régimes

privés d'assurance portant sur l'invalidité font aussi assez bien, car ils veillent à maintenir un équilibre entre les primes perçues et les obligations contractées. Il est alors tentant de vouloir importer l'une des raisons du succès relatif du modèle des assurances, soit la capacité de fixer des primes et de les ajuster à la hausse ou à la baisse pour remplir adéquatement leur mandat. Seule une organisation contrôlant son financement peut garantir de tels résultats.

La mise en place d'un fonds spécifique et pleinement capitalisé est en théorie la meilleure façon de répondre aux demandes des personnes handicapées. D'un point de vue actuariel, cela est exact puisqu'on s'assure en principe dès aujourd'hui que toutes les dépenses, actuelles et futures, seront couvertes avec un tel mécanisme. Si toutes les juridictions à travers le monde n'ont jamais adopté ce modèle et utilisent plutôt un système fonctionnant sur une base de déboursés (*pay as you go system*), c'est entre autres parce que sa mise en place initiale nécessite une mise de fonds trop importante, qui est accentuée par le fait que des déboursés immédiats sont requis. Malheureusement, on ne peut comparer la création d'un fonds universel de compensation des besoins spéciaux avec la mise en place d'un régime de retraite, où les cotisations sont faites pendant de longues années avant que le régime ne commence à distribuer ses bénéfices.

Rappelons que la compensation équitable s'adresse à tous les citoyens et qu'elle a pour but principal de réaliser une répartition des coûts liés à une situation de handicap, afin de favoriser une plus grande égalité des chances entre eux. Cet objectif ne peut pas être atteint par la mise en place d'assurances volontaires qui ne compensent que les cotisants jugés de surcroît « assurables » par les gestionnaires du régime. La logique assurancielle exclut *de facto* les personnes déjà handicapées et ne peut leur fournir aucune compensation pour leur déficience ou leur incapacité. Pour renforcer l'équité sociale, un système de cotisation obligatoire devrait donc être mis en place, et cela nous conduirait inévitablement à une forme ou l'autre d'impôt sur les revenus disponibles. Le modèle présenté à la COPHAN en 1992 constitue un bon exemple de cette situation, où les employeurs auraient été appelés à financer une part significative

du nouveau régime, au-delà du « risque » d'invalidité représenté par leurs propres employés.

Les tenants de la mise en place d'un organisme autonome et entièrement financé sont généralement conscients du fait que le financement ne pourrait se faire que par des prélèvements obligatoires, mais ils espèrent qu'il soit encore possible de prévoir un mode de gestion assez indépendant pour autofinancer toutes les dépenses. Les choses ne sont cependant pas aussi simples. Tous les administrateurs de programmes gouvernementaux sont en situation de demande à l'égard de l'État et tous aimeraient avoir la capacité d'imposer selon leur gré les citoyens afin de financer leurs programmes. Mais on comprend vite qu'une telle éventualité entraînerait inévitablement une perte totale de contrôle des dépenses de l'État, susceptible de mettre en cause directement l'équité entre les citoyens. Pour des raisons d'efficacité et d'équité, un État moderne doit faire des arbitrages entre ses différentes missions dans le but de servir l'intérêt commun. Pour réaliser cette tâche, il est nécessaire de contrôler le pouvoir de prélever des impôts et des taxes. Rappelons que même un organisme parapublic comme la SAAQ, qui tient son financement d'une prime séparée des impôts, n'a aucun contrôle sur la valeur de celle-ci ; elle ne peut être modifiée qu'avec l'assentiment du ministre des Transports et, au-dessus de lui, du Conseil des ministres. La création d'un organisme disposant d'une grande autonomie financière et chargé de répondre à tous les besoins des personnes ayant une incapacité n'est donc pas une solution envisageable à nos yeux.

14.2 Première proposition : Mieux évaluer les besoins en mettant en place un plan de services individualisé

Le plan de services individualisé (PSI) représente une revendication récurrente dans les débats sur la compensation équitable (voir le chapitre 2 de cette seconde partie). Il s'agit d'une proposition qui possède à nos yeux beaucoup de mérite, même si elle a surtout été mise en pratique jusqu'à maintenant dans les régimes assuranciels publics (accidents d'automobile et du travail). L'idée est pourtant fort simple : tout processus de compensation devrait débuter par une évaluation complète des besoins de la personne

afin de pouvoir la diriger ensuite vers les ressources appropriées, que celles-ci soient publiques, privées ou encore communautaires.

Un des avantages reconnus des régimes d'indemnisation des victimes de la route et du travail demeure l'existence d'un programme individualisé de soins et de réadaptation de la victime. Cette approche individualisée doit être retenue, car elle met la personne handicapée au centre des préoccupations du régime d'indemnisation, tout en maximisant l'efficacité des mesures adoptées. Devant l'immensité de la machine administrative qui gère aujourd'hui les multiples programmes de soutien aux personnes ayant une incapacité, on a parfois l'impression que l'individu n'est plus au centre des préoccupations du système. À l'heure actuelle, les programmes d'aide et de soutien aux personnes handicapées nécessitent autant de démarches auprès d'organismes différents. Cela équivaut à faire porter le poids de ces transactions avec l'État sur les épaules des demandeurs. Du point de vue de l'équité, le PSI joue un rôle crucial, car il permet de tenir compte des circonstances particulières et il favorise le traitement identique des personnes. Il tient aussi lieu de contrat, puisqu'il définit les besoins, les objectifs à atteindre ainsi que les moyens pour les satisfaire. À notre avis, sa préparation devrait relever des CLSC qui sont présents dans toutes les régions du Québec et constituent la porte d'entrée naturelle pour les personnes vivant avec une incapacité.

Dans le chapitre précédent, nous avons établi que les indemnités monétaires accordées aux victimes d'actes criminels n'étaient pas adaptées à leur situation et que le système devait être repensé. En revanche, la mise en place d'un PSI pour ces mêmes victimes constitue l'un des grands avantages du régime d'indemnisation administré par la CSST, lorsqu'on le compare au régime de base offert par l'État. Pourtant, le régime d'indemnisation des victimes d'actes criminels n'est pas financé par des cotisations préalables, comme cela est le cas pour les victimes de la route ou du travail. L'État est en effet le seul bailleur de fonds du régime, sur la base d'un système de déboursés. Si le concept du PSI a pu être implanté avec succès dans le cadre d'un régime public d'indemnisation, on peut en conclure qu'il n'existe pas d'impossibilité juridique ou administrative à sa généralisation à toutes les catégories de personnes

handicapées. S'il est un domaine où l'équité commande que toutes les personnes prises en charge par l'État aient droit au même traitement, c'est bien celui de l'évaluation individualisée et complète de leur état de santé.

14.3 Deuxième proposition : Mieux informer les clientèles des services auxquels elles ont droit par une mise à jour continue des services disponibles

Un rapport précédent sur le sujet a déjà conclu que « plusieurs personnes ne profitent pas au même titre que d'autres des divers services existants soit parce qu'ils n'en connaissent pas l'existence ou parce que leur accès en est trop difficile pour des raisons de procédures administratives » (COPHAN 1992 : 73). Ce constat est inquiétant et il soulève très clairement des questions d'équité.

Une fois le PSI établi, il faudrait s'assurer de pouvoir informer correctement la personne ayant une incapacité des services auxquels elle a droit. Il est fondamental que toutes les personnes qui ont une incapacité au Québec soient pleinement et rapidement informées des services disponibles sur leur territoire. La situation actuelle, où les demandeurs doivent généralement faire eux-mêmes les démarches pour identifier les services existants, entraîne des frustrations, mais aussi des occasions d'iniquité très importantes entre les citoyens. Le droit à l'information est une condition préalable à la réalisation de l'équité. On pourrait s'inspirer du modèle de « guichet unique » mis en place en matière de formation de la main-d'œuvre.

Ce travail d'information pourrait très bien être réalisé par un organisme tel l'OPHQ qui s'occuperait de maintenir à jour une liste des services et des équipements disponibles pour les CLSC chargés d'établir le PSI. Parce que les services offerts aux personnes ayant une incapacité sont très nombreux et qu'ils sont administrés par une panoplie d'organisations gouvernementales et non gouvernementales, il est important qu'une organisation centralise l'ensemble des informations disponibles sur ces services et qu'elle informe ensuite correctement les agents chargés de la réalisation du PSI. À notre connaissance, un tel support n'existe pas en ce moment, et cela doit changer.

14.4Troisième proposition : Mettre en relation continue les organismes qui dispensent des services

Les différentes composantes du régime de compensation de base interagissent de manière transversale, et cela doit à notre avis continuer. Il n'est ni possible ni même pertinent que l'on puisse mettre en place un ministère géant chargé d'administrer tous les services pour cette clientèle nombreuse et diversifiée. La tendance visant à confier la gestion de programmes particuliers à un organisme spécialisé doit être encouragée, dans la mesure du possible. Que la SAAQ puisse gérer l'ensemble des programmes d'adaptation de véhicule automobile, que ce soit le programme « général » destiné à la population, celui propre aux accidentés de la route et même celui des accidentés du travail, cela nous semble tout à fait logique, en autant que les budgets demeurent distincts. Pourquoi la Société d'habitation du Québec ne pourrait-elle s'occuper de toutes les adaptations de domicile, même de la part des bénéficiaires des régimes assuranciels ? Songerait-on à créer des hôpitaux réservés aux victimes d'accidents d'automobile ou du travail ? Pourquoi devrait-il en être autrement en matière de réadaptation physique ? Une telle séparation du travail exige cependant une coordination accrue de la part d'une instance qui pourrait s'occuper de voir à ce que les différentes clientèles soient traitées rapidement.

Le transport adapté constitue un autre exemple où des sommes importantes sont présentement consacrées en vertu de divers programmes qui relèvent des ministères de la Santé (pour les hôpitaux) et de l'Éducation (pour les commissions scolaires), sans qu'une coordination efficace n'existe entre eux. L'absence de vision globale des programmes disponibles risque d'entraîner des choix discutables dans l'allocation des ressources. Il est nécessaire de renforcer la coordination des différents acteurs impliqués dans la gestion des services et de permettre au gouvernement d'avoir une vue d'ensemble de ses actions. Ce mandat pourrait très bien être confié à l'OPHQ qui demeure à notre avis le mieux placé pour favoriser une telle coordination.

14.5 Quatrième proposition : Mieux définir les besoins socialement nécessaires

Tant du point de vue d'une gestion efficace qu'équitable des ressources mises à la disposition des personnes ayant une incapacité, il est important de bien définir les besoins socialement nécessaires. Cela est d'autant plus utile que l'on doit procéder à des arbitrages entre les différentes demandes et les ressources limitées. Le principe V de la compensation équitable prévoit que l'État doit s'engager avec ses partenaires, dans ce cas les organisations qui représentent les intérêts des personnes handicapées, dans la définition d'une offre équitable de services. Si ce travail n'est pas fait en amont et validé par la suite, le risque est grand que chaque groupe travaille pour l'amélioration de son propre sort, au détriment de l'équité générale.

Les consultations sont donc nécessaires, et elles doivent aboutir à des recommandations précises auprès du gouvernement, afin qu'il puisse désigner ses priorités d'action et, au besoin, concentrer les efforts dans des domaines qui sont moins bien desservis. Toutefois, les consultations ne sont pas suffisantes pour en arriver à une juste allocation des ressources. Il est aussi important de développer des outils de mesure des désavantages reliés aux incapacités, afin de pouvoir comparer différentes situations et justifier, du point de vue de l'équité, les efforts à consentir dans un domaine plutôt que dans un autre. En ces domaines, nous constatons que beaucoup reste encore à faire.

14.6 Cinquième proposition : Prioriser si nécessaire afin de faciliter l'accès aux services

La solidarité sociale commande de couvrir les besoins spéciaux des personnes handicapées, mais cela ne doit pas se faire sans limite. L'État doit s'assurer de respecter l'équité entre tous les citoyens, et il faut tenir compte de sa capacité de payer et des autres missions qu'il doit réaliser. Les prothèses et orthèses, les programmes d'adaptation de domicile et de véhicule automobile sont des exemples où le niveau de compensation offert par les régimes assuranciels ne doit pas nécessairement constituer

un modèle à copier. Que la SAAQ dispose des fonds lui permettant de payer une, deux et même trois adaptations de domicile pour une victime de la route gravement blessée (enfant dont les parents se séparent et qui fréquente une garderie en milieu familial), on peut s'en réjouir ou, au contraire, questionner les limites d'un système collectif d'indemnisation. Vouloir introduire les mêmes mesures dans un régime fondé sur la solidarité sociale risque justement de briser cette solidarité : des limites monétaires s'imposent dans chacune des composantes de ce régime général.

Il ne s'agit pas de fonctionner avec des budgets fermés, où les deux cents derniers clients de l'année financière sont envoyés sur une liste d'attente, mais plutôt de fixer des limites raisonnables visant à s'assurer que toutes les demandes qui répondent à des critères très précis pourront être reçues et traitées dans des délais acceptables. Cette stratégie est appliquée aujourd'hui dans certaines juridictions dans le monde, notamment en Nouvelle-Zélande. Le *booking system* vise là-bas à désengorger le système de santé et les listes d'attente. Il s'agit d'un système d'évaluation appliqué par les praticiens et qui détermine le niveau du besoin d'un demandeur pour un service particulier. Les personnes dont les besoins sont reconnus prioritaires, par l'emploi d'une grille détaillée de critères, sont placées tout en haut de la liste d'attente, et ils peuvent alors compter sur une aide rapide. Ce type de priorisation dans l'attente exige cependant que l'on soit en mesure d'établir des critères indépendants comme la gravité du problème, l'âge du demandeur, l'amélioration attendue d'une intervention à court et à long terme, etc. (pour plus de détails sur cette stratégie appliquée au milieu médical, lire Gauld et Derrett : 2000). La priorisation n'est pas une panacée, mais elle a le grand mérite d'être plus compatible avec les exigences de l'équité horizontale que la stratégie des listes d'attente, qui mettent exactement tous les demandeurs sur le même pied.

Addendum – L'amélioration des mesures fiscales attachées à l'engagement d'une dépense particulière

Dans l'addendum au chapitre 4 de la deuxième partie de ce rapport, relatif aux transferts monétaires, nous avons fait état des modifications qui pourraient être apportées aux mesures fiscales non attachées à l'engagement d'une dépense particulière. Puisque le chapitre 5 vise les services et les équipements, et que nous avons initialement choisi d'insérer sous cette rubrique les bénéfices fiscaux octroyés à la suite d'une dépense effectuée par le contribuable, nous présentons dans la présente section des commentaires supplémentaires relatifs aux concepts fiscaux qui répondent à cette définition. Nous voulons ici identifier les améliorations qui pourraient être apportées à chacun d'eux, dans la mesure où le législateur choisit de les maintenir en place.

A) Crédit pour frais médicaux et supplément remboursable pour frais médicaux

Le crédit pour frais médicaux ainsi que le supplément remboursable pour frais médicaux visent tous deux à réduire les coûts de santé engagés par un contribuable pour lui-même ou pour un membre de sa famille. Comme nous l'avons déjà soulevé, nous sommes perplexes quant à la pertinence de retrouver dans la législation fiscale un mécanisme de financement parallèle des soins de santé, alors qu'aucune priorité de soins ne conditionne cet octroi. Cette situation est critiquable, surtout à une époque où les provinces multiplient les demandes auprès du gouvernement fédéral afin d'obtenir une augmentation substantielle de l'enveloppe budgétaire en matière de santé. Le coût élevé de cette mesure mérite qu'une réflexion soit entreprise quant aux correctifs qui peuvent y être apportés.

Au-delà des velléités d'ordre politique, nous avons répertorié dans la première partie du rapport les difficultés principales reliées à ce crédit :

- les contribuables à haut revenu profitent davantage du crédit, puisqu'ils ont les moyens d'investir dans leurs soins de santé ;

- aucun plafond ne limite le montant de la dépense admissible, qui peut alors englober une dépense à caractère somptuaire (ex. : maison de santé offrant un hébergement de luxe) ;

- alors qu'un plancher de dépenses non admissible est fixé à 3 % du revenu, le seuil fédéral des dépenses non admissibles est plafonné à 1 728 $ (1 755 $ en 2003). Cela favorise les contribuables à haut revenu, puisque le pourcentage non admissible par rapport au revenu de ces contribuables devient alors inférieur à 3 % ;

- le nombre important de litiges portés devant les tribunaux, visant à faire reconnaître le caractère admissible d'une dépense, est révélateur de l'imprécision de la terminologie utilisée dans la loi. Elle constitue une source d'iniquité, même lorsqu'un contribuable obtient gain de cause devant les tribunaux puisque, d'une part, la voie judiciaire risque d'entraîner des frais importants et que, d'autre part, cela ne débouche pas forcément sur une modification de la loi, qui pourrait profiter aux autres contribuables aux prises avec une situation semblable ;

- l'importance de la somme réclamée à ce poste de déduction par les personnes âgées de 65 ans et plus (environ 50 % des réclamations totales sur le plan fédéral/provincial) est révélatrice des lacunes du système de santé face à certains besoins des citoyens qui ne sont pas couverts par l'État ;

- le supplément pour frais médicaux constitue une mesure liée à l'emploi et ne vise en réalité qu'une portion relativement faible de la population. Les sans-emploi sont laissés pour compte, de même que les gens de la classe moyenne.

À la lumière de ces observations et dans la mesure où ce crédit doit faire partie intégrante de notre régime fiscal, nous favorisons une réforme qui donnerait à tous une chance égale de bénéficier des ressources financières consacrées par l'État. Le crédit d'impôt basé sur la dépense et qui profite à ceux qui ont les moyens d'engager ladite dépense constitue, pour les mieux nantis, l'équivalent d'un supplément remboursable, puisque la réduction d'impôt octroyée par l'État sert réellement à réduire la somme

autrement payable à titre d'impôt. Pour les autres, le bénéfice fiscal est variable, et cela est inacceptable. De façon à égaliser les chances, le supplément remboursable, témoignage éloquent de l'impuissance du crédit à atteindre sa cible, devrait être étendu afin de profiter à une couche beaucoup plus vaste de la population.

Par ailleurs, compte tenu du caractère obligatoire et de l'ampleur des dépenses qui doivent être engagées au titre de frais médicaux par les personnes ayant des incapacités sévères, le seuil non admissible de 3 % du revenu devrait être éliminé à leur égard.

Finalement, compte tenu du nombre élevé de litiges portés devant les tribunaux visant à déterminer le droit au crédit en plus des coûts et des délais importants qui y sont rattachés, nous croyons que le recours à un mécanisme d'arbitrage devrait remplacer le système judiciaire traditionnel.

B) Les frais de préposé aux soins

Lorsqu'une personne a droit au crédit pour déficience mentale ou physique et qu'elle occupe un emploi, exploite une entreprise ou fréquente un établissement d'enseignement, une déduction lui sera octroyée à l'égard des frais de préposé aux soins qui ont été encourus afin d'exercer cette occupation, sous réserve d'un plafond prévu par la loi.

La qualification de la dépense admissible demeure l'élément le plus nébuleux de cette disposition législative. Ni la loi ni la documentation gouvernementale ne permettent de saisir l'étendue exacte de la terminologie utilisée. Ainsi, le bulletin IT-519R2 indique que « les " soins personnels " donnés doivent être plus étendus que le seul fait d'offrir le transport au travail, par exemple ». À notre avis, cette interprétation restreinte ne peut être soutenue par le libellé du texte législatif. Afin que les contribuables puissent connaître la position exacte des autorités fiscales quant à l'étendue des dépenses admissibles, le bulletin d'interprétation devrait être beaucoup plus explicite.

Dans la section 3.3.3 de la première partie de ce rapport, nous avons fait état du casse-tête que crée la panoplie de mesures fiscales ayant un lien avec cette déduction. Le choix d'opter pour le crédit pour frais médicaux plutôt que pour la déduction pour préposé aux soins, de même que l'impact de cette décision sur le crédit pour déficience mentale ou physique, relèvent de la mathématique avancée et nécessitent un soutien technique et informatique auquel tous n'ont pas accès. La capacité de maximiser les bénéfices fiscaux octroyés par la loi ne devrait pas, et ceci est encore plus vrai lorsqu'il s'agit d'une population ayant des incapacités, être fonction des ressources financières du contribuable pouvant s'offrir les services de professionnels de la fiscalité. Dans tous les cas où une personne ayant une déficience mentale ou physique présente des dépenses pouvant donner lieu à une sous-utilisation de tels bénéfices fiscaux, l'ADRC devrait, sans même que demande en soit faite, traiter le dossier de façon à les maximiser.

C) Crédit d'impôt pour le maintien à domicile

Cette mesure d'application exclusivement québécoise vise toutes les personnes âgées de 70 ans et plus qui résident dans un logement privé. L'hébergement dans les endroits suivants est exclu : les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les centres de réadaptation et les centres d'accueil. Sans égard à l'état de fortune de la personne, celle-ci pourra bénéficier d'un crédit d'impôt remboursable correspondant à 23 % des dépenses admissibles, lesquelles sont plafonnées à 12 000 $.

Bien que conscients des bienfaits d'un tel crédit, nous comprenons mal pourquoi le revenu ne constitue pas un facteur d'admissibilité. La somme octroyée constitue, somme toute, un chèque en blanc fait à l'ordre du bénéficiaire, car l'État ne contrôle nullement la pertinence de la dépense selon l'état de santé et la capacité de la personne. Ceci entraîne une dispersion des ressources au profit d'une clientèle dont les besoins ne sont pas clairement identifiés. Le coût de ce programme était de trois millions de dollars lors de sa création en l'an 2000 et de 24 millions en 2001 ; il devrait atteindre 67 millions de dollars en 2003.

Si le programme devait être maintenu, il est fondamental que son application soit restreinte aux personnes dont les revenus se situent à l'intérieur d'un seuil fixé par la loi. On pourrait ici s'inspirer des autres programmes actuellement en vigueur.

Conclusion générale

En guise de conclusion générale à ce rapport, il ne saurait être question de rappeler tous les constats effectués quant à la situation des diverses catégories de personnes handicapées, ni de tenter de résumer nos principales recommandations. Tout au long de notre étude, nous nous sommes efforcés de présenter des synthèses et des conclusions sectorielles, afin de faciliter la tâche au lecteur. De plus, un document synthèse a été préparé en marge de ce rapport.

À ce stade, nous insisterons plutôt sur ses trois caractéristiques fondamentales. Premièrement, notre rapport défend une conception explicite, exhaustive et à notre avis originale des principes de la compensation équitable. Il est impossible de traiter d'un sujet normatif comme l'équité sans définir au préalable les principes qui lui sont associés. Ceux-ci n'ont pas à faire l'unanimité, mais on doit comprendre qu'il était nécessaire de prendre position à leur sujet, afin de rendre notre analyse transparente et nos recommandations cohérentes. Ceux qui voudront remettre en question notre approche de l'équité devront à leur tour justifier l'alternative qu'ils proposent.

Deuxièmement, ce rapport vise à présenter la vision la plus exhaustive possible de l'ensemble des mesures de compensation qui s'adressent aux personnes ayant une incapacité. Pour ce faire, nous avons décrit le fonctionnement d'un très grand nombre de programmes. Nous avons aussi exposé leurs principales justifications et cherché à situer leur raison d'être, afin d'éviter de faire trop rapidement *tabula rasa* d'un certain nombre d'acquis.

Troisièmement, nous formulons des propositions concrètes, mais aussi réalistes du point de vue budgétaire. Ces propositions ont aussi le mérite de s'inscrire dans une démarche à long terme. Elles ne chambardent pas ce qui mérite simplement d'être amélioré. Elles favorisent les améliorations progressives et durables aux réformes incertaines et confuses.

La société québécoise a fait des efforts importants depuis trente ans pour favoriser l'intégration et le bien-être des personnes handicapées. Malgré cela, il reste encore beaucoup de chemin à parcourir pour s'assurer d'une véritable égalité des chances pour ce groupe de citoyens. Ce rapport n'a pas la prétention de donner toutes les réponses, dans un domaine où les enjeux sont d'une grande complexité. Il devrait cependant nourrir les échanges et les débats des prochaines années sur la compensation équitable. Nous avons été étonnés de constater la rareté des recherches globales sur le sujet, au Québec et ailleurs. Les décideurs établissent des priorités, ils créent des programmes pour répondre à des demandes spécifiques, mais on demeure souvent en attente d'une vue d'ensemble pour apprécier les progrès, mais aussi les reculs de la politique sociale. Nous espérons que ce rapport puisse fournir une telle vue d'ensemble à tous ceux et celles qui sont préoccupés par l'avenir de l'équité sociale à l'endroit des personnes ayant une incapacité.

Bibliographie

La référence complète des sources mentionnées dans le cadre de ce rapport apparaît ci-dessous.

Lois québécoises

Charte des droits et libertés de la personne, L.R.Q., c. C-12

Code civil du Québec, L.Q. 1991, c. 64

Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, L.R.Q., c. A-3.001

Loi sur l'aide et l'indemnisation des victimes d'actes criminels, L.Q. 1993, c. 54

Loi sur l'assurance automobile, L.R.Q., c. A-25

Loi sur l'assurance maladie, L.R.Q., c. A-28

Loi sur la conservation et la mise en valeur de la faune, L.R.Q., c. C-61.1

Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées, L.R.Q., c. E-20.1

Loi sur les impôts, L.R.Q., c. I-3

Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels, L.R.Q., c. I-6

Loi sur les prestations familiales, L.R.Q., c. P-19.1

Loi sur la protection des personnes et des biens en cas de sinistre, L.R.Q., c. P- 38.1

Loi sur la santé publique, L.R.Q., c. S-2.2

Loi sur le régime de rentes du Québec, L.R.Q., c. R-9

Loi sur la Société de l'assurance automobile, L.R.Q., c. S-11.011

Loi sur le soutien du revenu et favorisant l'emploi et la solidarité sociale, L.R.Q., c. S-32.001

Loi visant à favoriser le civisme, L.R.Q., c. C-20

Règlement sur l'allocation pour enfant handicapé, R.R.Q., c. P-19.1, r. 01

Lois fédérales

Loi sur l'assurance-emploi, L.C. 1996, c. 23

Loi de l'impôt sur le revenu, L.R.C. 1985 (5e suppl.), c. 1

Loi d'indemnisation des militaires ayant subi des blessures, L.C. 2003, c. 14

Loi sur l'indemnisation des agents de l'État, L.R.C. 1985, c. G-5

Loi sur les pensions, L.R.C. 1985, c. P-6

Loi sur la responsabilité nucléaire, L.R.C. 1985, c. N-4

Régime de pensions du Canada, L.R.C. 1985, c. C-8

Rapports de recherche

AUBRY, François. *L'Allocation universelle, Fondements et enjeux*, Montréal, Confédération des syndicats nationaux, 1999.

BLAIS, François, Jean-Yves DUCLOS et autres. *Le revenu de citoyenneté : Revue des écrits et consultation des experts,* Rapport remis au Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture, 2001.

COMITÉ PERMANENT DU DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES ET DE LA CONDITION DES PERSONNES HANDICAPÉES. *Un système plus juste envers les Canadiens : Le crédit d'impôt pour personnes handicapées*, Ottawa, mars 2002, [http://www.parl.gc.ca/InfocomDoc/37/1/HUMA/Studies/Reports/humarp07-f.htm].

COMITÉ PERMANENT DU DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES ET DE LA CONDITION DES PERSONNES HANDICAPÉES. *L'Équité fiscale pour les personnes handicapées*, Ottawa, décembre 2002, [http://www.parl.gc.ca/InfoComDoc/37/2/HUMA/Studies/Reports/HUMArp1/humarp1-f.pdf].

FEDERAL-PROVINCIAL TASK FORCE. *Joint Federal-Provincial Study of a Comprehensive Disability Protection Program*, Ottawa, September 1983.

FOUGEYROLLAS, Patrick (dir.). *La compensation des coûts supplémentaires au Québec*, Québec, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, juin 1999.

GAUVIN, Jean-Louis (prés.). *Rapport du comité d'étude sur l'assurance automobile*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1974.

GROUPE DBSF. *Évaluation d'un Fonds de compensation universel pour les personnes handicapées au Québec*, Montréal, Confédération des organismes provinciaux de personnes handicapées, 1992-1993 (deux rapports).

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*, Québec, Les publications du Québec, juin 2001.

MEARES, Chris, and Owen WOODHOUSE (conv.). *Compensation and Rehabilitation in Australia, Report of the National Committee of Inquiry*, Canberra, Australian Government Publishing Service, July 1974.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC. *À part… égale, L'intégration sociale des personnes handicapées : un défi pour tous,* Drummondville, Publications du Québec, 1984.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC. *Le Québec et l'intégration sociale des personnes handicapées : état de situation multisectoriel,* Drummondville, décembre 1998.

ONTARIO TASK FORCE ON INSURANCE. *Final Report*, Toronto, Ministry of Financial Institutions, May 1986.

SMITH, David (prés.). *Obstacles : rapport du comité spécial concernant les invalides et les handicapés*, Ottawa, 1981.

TORJMAN, Sherri. *The Disability Income system in Canada: Options for Reform*, Ottawa, Caledon Institute for Social Policy, March 1997.

TORJMAN, Sherri. *The Canada Pension Plan Disability Benefit*, Ottawa, Caledon Institute for Social Policy, February 2002.

VAILLANCOURT, Yves, Jacques CAILLOUETTE et Lucie DUMAIS. *Les politiques sociales s'adressant aux personnes ayant des incapacités au Québec : histoire, inventaire et élément de bilan,* Montréal, Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales, Université du Québec à Montréal, juillet 2002.

WOODHOUSE, Owen (conv.). *Compensation for Personal Injury in New Zealand, Report of the Royal Commission of Inquiry*, Wellington, Government Printer, December 1967.

Rapports annuels d'activités

Rapport annuel 2001-2002 du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

Rapport annuel d'activité 2002 de la Commission de la santé et de la sécurité du travail, [http://www.csst.qc.ca].

Rapport annuel d'activité 2002 de la Direction de l'indemnisation des victimes d'actes criminels, Québec, 2003 (non disponible sur le Web).

Rapport annuel de gestion 2002 de la Société de l'assurance automobile du Québec, [http://www.saaq.gouv.qc.ca].

Rapport annuel de l'Association canadienne de protection médicale, [http://www.acpm.ca].

Rapport annuel de l'Inspecteur général des institutions financières, [http://www.igif.gouv.qc.ca].

Rapport annuel de l'Accident Compensation Corporation de la Nouvelle-Zélande, [http://www.acc.org.nz].

Monographies, ouvrages collectifs et articles de revues

ACKERMAN, Bruce. *Social Justice and the Liberal State*, New York, Yale University Press, 1980.

ATKINSON, Anthony. *Public Economics in Action, The Basic Income/Flat Tax*, Oxford: Oxford University Press, 1995.

BARRY, Brian. *Liberty and Justice*, Oxford, Clarendon Press, 1991.

BERNIER, Jean, et Suzanne LEVESQUE. *Le revenu minimum garanti : formes et modalités possibles,* Québec, Direction de la recherche, de l'évaluation et de la statistique, ministère de la Sécurité du revenu, 1995.

BLAIS, François. *Un revenu garanti pour tous, Introduction aux principes de l'allocation universelle*, Montréal, Boréal, 2001.

BRESSON, Yoland. *Le partage du temps et des revenus*, Paris, Economica, 1994.

DWORKIN, Ronald. *Sovereign Virtue, The Theory and Practice of Equality*, Cambridge, Harvard University Press, 2000.

FERRY, Jean-Marc. *L'allocation universelle, Pour un revenu de citoyenneté*, Paris, Cerf, 1995.

FITZPATRICK, Tony. *Freedom and Security: An Introduction to the Basic Income Debate*, London, Macmillan Press, 1999.

GARDNER, Daniel. *L'évaluation du préjudice corporel*, 2e éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais inc., 2002.

GAULD, Robin, and Sarrah DERRETT. "Solving the Surgical Waiting List Problem? New Zealand's Booking System", (2000) 15 *International Journal of Health Planning and Management*, no 4, p. 259-272.

GAUTHIER, Daniel. *Morals by Agreement*, Oxford, Oxford University Press, 1986.

GEERTS, Antoine. *L'indemnisation des lésions corporelles à travers les siècles*, Paris, Librairies techniques, 1962.

HURLEY, Jeremiah. "Medical Saving Accounts: Not the Right Prescription", *Policy Options*, July/August 2002, p. 21-26.

ISON, Terence. *Compensation Systems for Injury and Disease: The Policy Choices*, Toronto, Butterworths, 1994.

KYMLICKA, Will. *Contemporary Political Philosophy: An Introduction*, Oxford, Oxford University Press, 1990.

LAMBERT-FAIVRE, Yvonne. *Droit du dommage corporel*, *Systèmes d'indemnisation*, Paris, Dalloz, 2000.

LARMORE, Charles. *Patterns of Moral Complexity*, Cambridge, Cambridge University Press, 1987.

LELEUX, Claudine. *Travail ou revenu ? Pour un revenu inconditionnel*, Paris, Cerf, 1998.

LERNER, Sally, Charles CLARK and Robert NEEDHAM. *Basic Income: Economic Security for all Canadians*, Toronto, Between the Lines Press, 1999.

MERRIEN, François-Xavier. *L'État-providence,* Paris, P.U.F., 1997. (Collection Que sais-je ?)

NARVESON, Jan. "On Dworkinian Equality", and "Reply to Dworkin", 1 *Social Philosophy and Policy*, 1974, p. 1-23, 41-44.

NOZICK, Robert. *Anarchy, State and Utopia*, New York, Basic Books, 1974.

OKUN, Arthur. *Equality and Efficiency: The Big Tradeoff*, Washington, The Brookings Institution, 1975.

RAKOWSKI, Eric. *Equal justice*, Oxford, Oxford University Press, 1993/1991.

RAWLS, John. *A Theory of Justice*, Cambridge, Harvard University Press, 1971.

RAWLS, John. *Political Liberalism*, New York, Columbia University Press, 1993.

ROEMER, John. *Theories of Distributive Justice*, Cambridge, Harvard University Press, 1996.

SEN, Amartya. *Repenser l'inégalité*, Paris, Seuil, 2000.

SHERMAN, David M. *Taxes, Health and Disabilities*, Toronto, Carswell, 1995,

SHERMAN, David M., and Grant C. RITCHIE. *Taxes, Health and Disabilities*, Toronto, Carswell, 1999.

THUROW, Lester. “Government Expenditures: Cash or In-Kind Aid?”, in Gerald Dworkin, and others (dir.), *Market and Morals*, New York, Wiley, 1977.

TITMUSS, Richard. “Universal and Selective Social Services”, in B. Abel-Smith, and K. Titmuss (dir.), *The Philosophy of Welfare: Selected Writings of Richard M. Titmuss*, London, Allen & Unwin, 1987.

VAN PARIJS, Philippe. *Qu’est-ce qu’une société juste ? Introduction à la pratique de la philosophie politique*, Paris, Seuil, 1991.

VAN PARIJS, Philippe (dir.). *Arguing for Basic Income,* London and New York, Verso, 1992.

WALTER, Tony. *Basic Income, Freedom from Poverty, Freedom to Work*, London and New York, Marion Boyar, 1989.