

# **Programme de crédits d'impôt pour personnes handicapées**

---

**Mémoire de l'AMC au Sous-comité de la  
condition des personnes handicapées  
(Chambre des communes)**

Le 29 janvier 2002

HENRY HADDAD, MD, FRCPC  
PRESIDENT

ASSOCIATION  
MÉDICALE  
CANADIENNE



CANADIAN  
MEDICAL  
ASSOCIATION

*Leadership pour les médecins... Santé pour les Canadiens  
Leadership for Physicians... Health for Canadians*

ASSOCIATION  
MÉDICALE  
CANADIENNE



CANADIAN  
MEDICAL  
ASSOCIATION

---

L'Association médicale canadienne (AMC) est le porte-parole de la profession médicale au Canada. Fondée en 1867, l'AMC a pour mandat de servir et unir les médecins du Canada et défendre sur la scène nationale, en collaboration avec la population du Canada, les normes les plus élevées de santé et de soins de santé.

Pour le compte de ses membres et de la population canadienne, l'AMC exerce toute une gamme de fonctions, notamment favoriser l'élaboration de politiques et de stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies et des accidents, faciliter le changement au sein de la profession médicale et ouvrir la voie et servir de guide aux médecins pour les aider à influencer les changements dans le processus de prestation des soins de santé, à les gérer et à s'y adapter.

L'AMC est un organisme de participation facultative représentant la majorité des médecins du Canada, et regroupant 12 divisions provinciales et territoriales ainsi que 43 organisations médicales affiliées.

---

## **TABLE DES MATIÈRES**

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>L'intégration de la politique fiscale aux politiques de santé et aux politiques sociales .....</b>	<b>1</b>
<b>Participation des médecins au programme du CIPH.....</b>	<b>2</b>
<b>Intégrité du programme .....</b>	<b>4</b>
<b>Justice et équité .....</b>	<b>4</b>
<b>1) Définition du concept de l'«incapacité» .....</b>	<b>5</b>
<b>2) Rémunération.....</b>	<b>6</b>
<b>Références par des conseillers fiscaux .....</b>	<b>6</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>7</b>

---



## **CREDIT D'IMPOT POUR PERSONNES HANDICAPEES**

### **Introduction**

L'Association médicale canadienne (AMC) est heureuse de pouvoir témoigner devant le Sous-comité de la condition des personnes handicapées afin de discuter de questions qui ont trait au crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH). Cette mesure fiscale, par laquelle le gouvernement fédéral reconnaît que les personnes atteintes d'un handicap grave peuvent avoir moins de revenus et plus de dépenses que les personnes non handicapées<sup>1</sup>, aide à tenir compte des coûts intangibles associés à une déficience grave et de longue durée. Elle tient compte aussi des dépenses reliées à l'incapacité qui ne figurent pas dans la liste des dépenses médicales déductibles ou qui sont exclues par le seuil de 3 % du crédit d'impôt pour frais médicaux.

Les médecins sont une personne-ressource clé pour les personnes qui demandent le CIPH et, compte tenu de la structure du programme, jouent un rôle vital dans son administration. C'est pourquoi nous venons vous parler aujourd'hui de préoccupations précises qui ont trait au fonctionnement du programme. Nous souhaitons en outre discuter de la question plus générale que constitue l'élaboration d'une série cohérente de politiques fiscales à l'appui des politiques de santé et des politiques sociales.

### **L'intégration de la politique fiscale aux politiques de santé et aux politiques sociales**

Par tout un éventail de moyens stratégiques comme la fiscalité, les dépenses, la réglementation et l'information, le gouvernement fédéral a joué un rôle clé dans l'évolution de notre système de santé et de nos programmes sociaux. Jusqu'à maintenant, toutefois, la discussion sur le rôle fédéral dans ce domaine a porté en grande partie sur les transferts fédéraux aux provinces et aux territoires, ainsi que sur la *Loi canadienne sur la santé*.

Il ne faut cependant pas nous limiter à ces moyens traditionnels dans notre recherche de façons de renouveler le système de santé et les programmes sociaux du Canada. Notre système de santé actuel subit de nombreuses pressions qui mettront en danger sa viabilité. Ces pressions varient : population vieillissante et plus exigeante quant aux services de soins spécialisés et à la technologie qu'elle recherche; appel à l'expansion de la portée des soins médicaux pour y inclure les soins à domicile et l'assurance-médicament; pénurie de professionnels de la santé. Ce ne sont là que quelques-unes des raisons plus immédiates pour lesquelles il faut étudier d'autres moyens de financer les soins de santé et, par conséquent, de garantir la santé et le mieux-être de la population.

Dans le document qu'elle a présenté au Comité permanent des finances<sup>ii</sup> dans le contexte des consultations prébudgétaires, l'AMC a recommandé que le gouvernement fédéral constitue un groupe de travail national d'experts chargé d'étudier l'élaboration de mécanismes fiscaux novateurs afin d'harmoniser la politique fiscale et les politiques de santé. Plus de 25 ans se sont écoulés depuis la dernière étude de ce genre, soit la Commission royale d'enquête de 1966 sur la fiscalité (Commission Carter).

L'AMC lance de nouveau son appel pour la création d'un groupe de travail national chargé d'élaborer des moyens novateurs d'harmoniser la politique fiscale aux politiques de santé et aux politiques sociales. Une telle étude porterait sur tous les aspects du régime fiscal, y compris le régime d'impôt sur le revenu des particuliers, dont le CIPH fait partie.

Dans le reste de notre mémoire, nous abordons des questions particulières au CIPH.

## **Participation des médecins au programme du CIPH**

L'AMC s'est déjà exprimée au sujet du programme du CIPH. La relation de travail que nous avons avec l'Agence des douanes et du revenu du Canada (ADRC) au sujet du programme du CIPH repose sur des questions précises, limitées dans le temps et constructives.

Le premier contact important que nous avons eu au sujet du programme du CIPH remonte à 1993, lorsque l'AMC a présenté à Revenu Canada une brève étude du programme et de la formule T2201. Il est intéressant de reprendre nos observations de 1993 au sujet de ce programme, parce que beaucoup d'entre elles valent toujours aujourd'hui.

Voici quelques-unes des questions que l'AMC a soulevées en 1993 au moment de sa première étude du programme :

- Il est possible que le programme de crédit d'impôt ne corresponde pas aux besoins des personnes handicapées, car il est trop aléatoire. Il faudrait soumettre le programme du CIPH à une évaluation intégrée afin de mesurer l'efficacité globale avec laquelle il répond aux besoins des personnes handicapées.

- Le programme devait s'appeler «Programme de crédit d'impôt pour handicap lourd», ou l'équivalent, pour indiquer que ce ne sont pas toutes les personnes handicapées qui y ont droit.
- Le programme place le médecin en conflit possible d'intérêts avec le patient — soit entre sa responsabilité de défenseur du patient et sa fonction de «gardien» pour le compte de Revenu Canada. Le rôle du médecin devrait être d'attester les demandes légitimes pour le compte des patients.
- Revenu Canada devrait clarifier la multiplicité des programmes. Il existe de nombreux programmes fédéraux différents qui semblent tous avoir des processus et des formules différentes. Le chevauchement de ces efforts est une cause de difficulté pour les patients et les professionnels.
- Il faut lancer une campagne majeure d'éducation des requérants éventuels, des conseillers fiscaux et des médecins.
- Il faut entreprendre une évaluation convenable des éléments constituant du processus ayant trait au requérant et au médecin.

L'AMC n'a pas de relation consultative normalisée avec l'ADRC au sujet de ce programme. La lettre que le ministre chargé de l'ADRC a envoyée récemment pour demander aux bénéficiaires actuels du CIPH de se qualifier de nouveau pour le crédit est un exemple de cette relation sporadique. L'AMC n'a été ni informée ni consultée à ce sujet. Si nous avions été informés, nous aurions mis en évidence ce qu'il en coûte en argent et en temps pour envoyer de 75 à 100 000 personnes voir leur médecin de famille pour renouveler leur attestation. Nous aurions aussi collaboré avec l'ADRC pour trouver d'autres moyens de mettre à jour les dossiers du CIPH.

Nous ne pouvons malheureusement changer le passé, mais nous pouvons en tirer des leçons. Ce qui démontre clairement qu'il faut établir un dialogue ouvert et continu entre nos deux organisations.

**Mesure stratégique :** L'AMC souhaite qu'on établisse un groupe consultatif de haut niveau chargé de surveiller et d'évaluer continuellement le fonctionnement du programme du CIPH afin d'assurer qu'il atteint son but et ses objectifs. Le groupe consultatif serait constitué au moins de hauts dirigeants du programme, de préférence au niveau de SMA, de représentants des groupes professionnels qualifiés pour remplir le certificat T2201, de diverses organisations de personnes handicapées et de groupes de représentation des patients.

Nous voulons maintenant attirer l'attention du sous-comité sur trois aspects qui ont actuellement des retombées négatives sur la participation de la profession médicale au programme, soit l'intégrité du programme, sa normalisation (p. ex., uniformité terminologique et dépenses personnelles auxquelles font face les personnes handicapées) et la référence par des conseillers fiscaux à des professionnels de la santé.

## **Intégrité du programme**

Ce qui préoccupe et irrite énormément les médecins qui collaborent au programme, c'est qu'il exerce une pression indue sur la relation patient-médecin. Cette tension peut aussi avoir un autre effet secondaire possible : une défaillance de l'intégrité du processus du programme du CIPH.

Dans le contexte actuel du programme du CIPH, les médecins évaluent le patient, lui remettent cette évaluation et lui demandent ensuite de les payer. Cette façon de procéder cause des problèmes pour deux raisons. Tout d'abord, comme le patient reçoit la formule immédiatement après l'évaluation, il pourrait reprocher au médecin — et non aux arbitres du programme du CIPH — de lui avoir refusé le crédit d'impôt. Deuxièmement, les médecins ne se sentent pas à l'aise de demander à être payés lorsqu'ils savent que le requérant n'aura pas droit au crédit d'impôt.

Pour assurer l'intégrité du programme du CIPH, les médecins doivent se sentir libres de tirer une conclusion indépendante de leur évaluation de l'état du patient. Compte tenu des pressions que le programme exerce sur la relation médecin-patient, les obligations légales et morales de fournir une évaluation objective de la condition du patient sont en conflit avec le premier principe du Code de déontologie des médecins qui stipule que l'on doit «tenir compte d'abord du mieux-être du patient».

Il existe une solution à ce problème : c'est un modèle que le gouvernement utilise déjà, soit le Programme des prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada (RPC). Dans le contexte de ce programme, le médecin ne remet pas son évaluation au patient : il l'envoie plutôt directement au gouvernement et le programme même prend en charge ce qu'il en coûte pour faire remplir la formule d'admissibilité par un médecin. Ce système maintient l'intégrité de la relation patient-médecin et l'intégrité du programme.

**Mesure stratégique :** L'AMC recommande que l'ADRC prenne les mesures nécessaires pour séparer le processus d'évaluation de celui de la décision. L'AMC recommande à cette fin que l'on suive le modèle du Programme de prestations d'invalidité du RPC.

## **Justice et équité**

Le gouvernement fédéral a plusieurs programmes à l'intention des personnes handicapées. Certains portent sur la sécurité du revenu (p. ex., Prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada), d'autres ont trait à des questions d'emploi (p. ex., aide à l'employabilité des personnes handicapées) et d'autres encore portent sur des mesures fiscales (p. ex., crédit d'impôt pour personnes handicapées). Ces transferts gouvernementaux et avantages fiscaux aident à donner aux personnes handicapées les moyens de devenir des membres actifs de la société canadienne. Ces programmes ne sont toutefois pas uniformes par leur terminologie, leurs critères d'admissibilité, les protocoles de remboursement, les prestations, etc.

L'AMC recommande d'appliquer les normes de justice et d'équité dans tous les programmes fédéraux de prestations d'invalidité, et en particulier à l'égard de deux aspects, soit la définition du concept de «l'incapacité» et les normes de rémunération des médecins. Nous abordons ces questions plus en détail ci-dessous.

## 1) Définition du concept de l'«incapacité»

Un des problèmes que pose l'évaluation de l'incapacité, c'est que le concept même est difficile à définir. Dans la plupart des définitions types, on définit le mot «incapacité» en termes très généraux et subjectifs. Une définition très utilisée provient de la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CIDIH) de l'Organisation mondiale de la santé, qui définit l'incapacité comme «toute restriction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain».

Les formules de demande de CIPH et d'autres programmes de prestations d'invalidité n'utilisent pas de définitions normalisées du mot «invalidité». Outre la non-uniformité de la terminologie, les critères d'admission à ces programmes diffèrent parce qu'ils visent à répondre aux besoins différents des personnes handicapées. Pour être admissible au CIPH, une incapacité doit être «prolongée» (durer au moins 12 mois) et être «grave», c.-à-d. «(limiter) de façon marquée dans une activité courante de la vie quotidienne», ces activités étant définies. Même si les critères du RPC utilisent les mêmes mots «grave» et «prolongée», leur définition est différente (c.-à-d. «grave» signifie qui «empêche le requérant d'occuper régulièrement un emploi» et «prolongée» signifie un état qui doit «durer pendant une longue période ou s'il risque d'entraîner la mort»). D'autres programmes comme ceux des Affaires des anciens combattants ont des critères entièrement différents.

Ce manque d'uniformité suscite la confusion chez les médecins, les patients et d'autres personnes (p. ex., les spécialistes en déclarations et les conseillers fiscaux) qui interviennent dans le processus de demande. Ce qui peut obliger les médecins à passer plus de temps qu'il n'en faut pour remplir la formule parce qu'ils doivent vérifier la terminologie. C'est pourquoi si la terminologie, les critères des programmes et l'information à leur sujet ne sont pas aussi clairs que possible, les médecins pourraient commettre des erreurs en remplissant les formules, ce qui pourrait alors désavantager par inadvertance des personnes qui ont en fait droit aux prestations.

**Mesures stratégiques :** L'AMC souhaite qu'on uniformise les définitions des divers programmes gouvernementaux. Cela ne signifie pas qu'il faut uniformiser aussi les critères d'admissibilité.

L'AMC souhaite en outre qu'on élabore, à l'intention des prestataires de soins de santé, une trousse d'information complète décrivant chaque programme, ses critères d'admissibilité, l'éventail complet des prestations disponibles, et contenant des copies de formules et de l'information sur la rémunération des évaluations physiques et sur la façon de remplir des formules.



## 2) Rémunération

La rémunération pour les évaluations et les formules remplies est un autre domaine où la normalisation entre les divers programmes gouvernementaux ferait disparaître les difficultés auxquelles font face actuellement des personnes handicapées. Les requérants qui présentent le certificat CIPH T2201 à leur médecin doivent payer eux-mêmes les coûts qui en découlent. Par ailleurs, si une personne présente une demande au Programme de prestations d'invalidité du RPC, le programme même prend en charge ce qu'il en coûte pour faire remplir la formule par un médecin.

L'évaluation des incapacités d'un patient est complexe et tout professionnel de la santé doit y consacrer beaucoup de temps. Nos membres nous disent qu'il peut leur falloir autant de temps et d'effort pour remplir le certificat CIPH T2201 que pour fournir l'information nécessaire au Programme de prestations d'invalidité du RPC compte tenu, bien entendu, du patient et de la nature de l'incapacité. En dépit de tout cela, certains programmes reconnaissent le temps et les compétences spécialisées qu'il faut pour effectuer une évaluation comme il se doit, tandis que d'autres ne le feront pas.

Même si les médecins peuvent demander aux requérants de les payer pour remplir la formule CIPH, ils hésitent à le faire parce que les personnes en question ont habituellement des moyens limités et, dans des cas très complexes, il peut en coûter jusqu'à 150 \$ pour le temps d'un médecin qui remplit la formule CIPH T2201. Les médecins ne se sentent en outre pas à l'aise de demander qu'on les paye lorsqu'ils savent que le requérant n'aura pas droit au crédit d'impôt. L'harmonisation du financement entre tous les programmes représenterait un avantage important pour toutes les personnes handicapées, pour les professionnels qui remplissent les formules et pour les administrateurs des programmes.

**Mesure stratégique :** Nous exhortons vivement le gouvernement fédéral à placer les programmes de crédit d'impôt pour personnes handicapées sur le même pied en ce qui concerne la rémunération du professionnel de la santé qui effectue l'examen.

## Références par des conseillers fiscaux

Compte tenu de la complexité actuelle du régime de l'impôt sur le revenu, beaucoup de personnes consultent des conseillers fiscaux professionnels afin de s'assurer que les formules soient remplies comme il se doit et qu'elles reçoivent toutes les prestations auxquelles elles ont droit. Les conseillers fiscaux réfèrent très souvent leurs clients vers des professionnels de la santé pour que ceux-ci les évaluent afin de déterminer si elles ont droit au CIPH. L'intention des conseillers fiscaux peut être louable, mais ils réfèrent souvent indûment des personnes à des professionnels de la santé. Ce qui non seulement fait perdre du temps précieux aux professionnels de la santé, dont il y a déjà pénurie, mais peut aussi susciter des attentes irréalistes chez le patient qui cherche à obtenir le crédit d'impôt.

Le premier principe du *Code de déontologie* de l'AMC consiste à «tenir compte d'abord du mieux-être du patient». Un des rôles clés du médecin consiste à défendre et à appuyer le patient dans le contexte du système de santé. La formule de demande du CIPH fait du médecin un médiateur entre le patient et un tiers auquel le patient demande de l'aide financière.

Ce rôle de «policier» peut exercer des pressions sur la relation médecin-patient – surtout si l'on refuse au patient un crédit d'impôt pour personne handicapée après qu'un arbitre tiers ait interprété la recommandation du médecin contenue dans le rapport médical. Les médecins et les autres professionnels de la santé doivent non seulement dire au patient qu'il n'a pas droit au crédit, mais aussi l'informer qu'il pourra être appelé à payer de sa poche le médecin qui a produit cette évaluation.

**Mesure stratégique :** Une meilleure préparation des conseillers fiscaux serait avantageuse à la fois pour les patients et pour leurs prestataires de soins de santé. L'AMC souhaite que l'ADRC produise, en collaboration avec les milieux des professionnels de la santé, un guide détaillé à l'intention des spécialistes en déclaration et de leurs clients, décrivant les critères d'admissibilité du programme et les étapes préliminaires à suivre pour entreprendre une évaluation personnelle d'invalidité. Un tel guide indiquerait s'il vaut la peine d'investir le temps, l'effort et les dépenses nécessaires pour obtenir une évaluation professionnelle d'un professionnel de la santé.

Comme elle en a discuté au cours d'une réunion antérieure avec l'ADRC, l'AMC met de nouveau un représentant des médecins à la disposition des représentants du programme du CIPH pour les accompagner lorsqu'ils rencontrent les divers organismes de production de déclarations, avant chaque saison de l'impôt sur le revenu, afin de revoir le guide détaillé sur les critères d'admissibilité au programme et sur l'évaluation initiale et de souligner les répercussions d'une référence induue.

## Conclusion

Le CIPH est une prestation valable pour les Canadiens handicapés. Une certaine normalisation s'impose toutefois entre les divers programmes afin d'assurer qu'ils soient efficaces et atteignent leur but premier. L'AMC souhaite donc présenter les suggestions suivantes :

1. L'AMC souhaite qu'on établisse un groupe consultatif de haut niveau chargé de surveiller et d'évaluer continuellement le fonctionnement du programme du CIPH afin d'assurer qu'il atteint son but et ses objectifs. Le groupe consultatif serait constitué au moins de hauts dirigeants du programme, de préférence au niveau de SMA, de représentants des groupes professionnels qualifiés pour remplir le certificat T2201, de diverses organisations de personnes handicapées et de groupes de représentation des patients.
2. L'AMC recommande que l'ADRC prenne les mesures nécessaires pour séparer le processus d'évaluation de celui de la décision. L'AMC recommande à cette fin que l'on suive le modèle du Programme de prestations d'invalidité du RPC.

3. Qu'on uniformise les définitions entre les divers programmes gouvernementaux. Cela ne signifie pas qu'il faut uniformiser aussi les critères d'admissibilité.
4. Qu'on élabore, à l'intention des prestataires de soins de santé, une trousse d'information complète décrivant chaque programme, ses critères d'admissibilité, l'éventail complet des prestations disponibles, et contenant des copies de formules et de l'information sur la rémunération des évaluations physiques et sur la façon de remplir des formules.
5. Que le gouvernement fédéral place les programmes de crédit d'impôt pour personnes handicapées sur le même pied en ce qui concerne leur mode de financement et d'administration.
6. Que l'ADRC produise, en collaboration avec les milieux des professionnels de la santé, un guide détaillé à l'intention des spécialistes en déclaration et de leurs clients, décrivant les critères d'admissibilité du programme et les étapes préliminaires à suivre pour entreprendre une évaluation personnelle d'invalidité.
7. Que l'ADRC fasse appel à des prestataires de soins de santé pour accompagner les représentants du programme de l'ADRC lorsqu'ils rencontrent les divers organismes de production de déclarations, afin de revoir le guide détaillé sur les critères d'admissibilité aux programmes et sur l'évaluation initiale et de souligner les répercussions d'une référence induë.

Ces recommandations seraient certainement utiles pour toutes les personnes en cause – les patients, les prestataires de soins de santé et les administrateurs des programmes, à court terme. Ce qui serait véritablement avantageux toutefois à long terme, ce serait une étude globale du régime fiscal dans l'optique des soins de santé. Cette étude produirait des retombées tangibles non seulement pour les personnes handicapées, mais aussi pour toute la population canadienne, et démontrerait aussi le leadership du gouvernement fédéral lorsqu'il s'agit de protéger la santé et le mieux-être de la population.

---

<sup>i</sup> Santé Canada, *The Role for the Tax System in Advancing the Health Agenda*, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de l'analyse et de la connectivité, 21 septembre 2001.

<sup>ii</sup> Association médicale canadienne, *Pour garantir notre avenir... Établir l'équilibre entre les besoins actuels urgents et les grands défis de demain en matière de santé*, Exposé présenté au Comité permanent des finances dans le contexte des consultations prébudgétaires, 1<sup>er</sup> novembre 2001.