

Programme de crédit d'impôt pour personnes handicapées

**Présentation de L'Association médicale canadienne
(AMC) au Sous-comité sur la condition des personnes
handicapées
(Chambre des communes)**

29 janvier 2002

HENRY HADDAD, MÉDECIN EN TITRE, FRCPC
PRÉSIDENT



*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 l'organisation nationale qui représente les médecins au Canada. Fondée en 1867, l'AMC a pour mission de répondre aux besoins des médecins du Canada, et d'en faire un groupe unifié, et de promouvoir à l'échelle nationale, en partenariat avec les Canadiens, les normes de santé et de soins de santé les plus élevées possibles.

Pour le compte de ses membres et des Canadiens, l'AMC exerce une grande variété de fonctions, qui consistent notamment à préconiser des politiques et des stratégies pour la promotion de la santé et la prévention des maladies/accidents, à défendre l'accès à des soins de santé de qualité, à faciliter le changement au sein de la profession médicale et à donner une orientation et des instructions aux médecins pour les aider à influencer et à gérer le changement qui s'opère dans la prestation des soins de santé, et à s'y adapter.

L'AMC est une organisation professionnelle bénévole qui représente la majorité des médecins du Canada et compte 12 divisions provinciales et territoriales ainsi que 43 associations médicales affiliées.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|-----------------|
| Introduction | 1 |
| Intégration de la politique fiscale à la politique sur la santé et à la politique sociale | 2 |
| <u>Participation des médecins au Programme de CIPH.....</u> | <u>2</u> |
| Intégrité du programme | 4 |
| Justesse et équité | 4 |
| 1) Définition de déficience | 5 |
| 2) Rémunération | 6 |
| Renvois par les conseillers fiscaux..... | 7 |
| Conclusion..... | 8 |



CRÉDIT D'IMPÔT POUR PERSONNES HANDICAPÉES

Introduction

L'Association médicale canadienne (AMC) est heureuse de se présenter devant le Sous-comité sur la condition des personnes handicapées pour traiter des questions liées au crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH). Cette mesure fiscale, qui montre que le gouvernement fédéral reconnaît que les personnes ayant une déficience grave peuvent en conséquence avoir un revenu réduit, ou des dépenses importantes, ou les deux, comparativement aux personnes non handicapées¹, permet de tenir compte des investissements irrécupérables liés à une déficience grave et prolongée. Il tient également compte des dépenses liées à une déficience qui ne sont pas énumérées aux fins de la déduction pour frais médicaux ou qui sont exclues en raison du seuil de 3 % prescrit aux fins du crédit d'impôt pour frais médicaux.

Les médecins jouent un rôle de liaison clé pour les personnes qui demandent le CIPH et, vu la structure du programme, ils assument un élément essentiel de sa gestion. Ce sont les raisons qui expliquent notre présence devant vous aujourd'hui, pour discuter des préoccupations que suscite le rendement du programme. De plus, nous aimerions traiter de la question plus vaste qui consiste à élaborer un ensemble cohérent de politiques fiscales à l'appui de la politique sur la santé et de la politique sociale.

¹ 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, de l'information et de la connectivité, 21 septembre 2001.

Intégration de la politique fiscale à la politique sur la santé et à la politique sociale

Le gouvernement fédéral, au moyen de divers instruments de politique comme la fiscalité, les dépenses, la réglementation et l'information, a joué un rôle important dans la mise en place du régime des soins de santé et des services sociaux du Canada. Toutefois, à ce jour, les discussions tenues sur le rôle du gouvernement fédéral dans ces domaines ont essentiellement porté sur les transferts fédéraux aux provinces et aux territoires et sur la *Loi canadienne sur la santé*.

Cependant, lorsque nous réfléchissons à la façon de renouveler les programmes de soins de santé et de services sociaux du Canada, nous ne devrions pas nous limiter à ces instruments traditionnels. En effet, aujourd'hui notre régime de soins de santé subit des pressions qui compromettront sa viabilité. À ce propos, on peut mentionner le vieillissement de la population et ses attentes plus exigeantes pour des services de soins de santé spécialisés et la technologie à laquelle ils devront recourir, l'appel lancé en faveur de l'élargissement de l'assurance-maladie afin d'y inclure les soins à domicile et l'assurance-médicaments, et une pénurie de personnel infirmier. Ce ne sont là que quelques-unes des raisons les plus immédiates pour lesquelles d'autres moyens de financer les soins de santé et, par ricochet, d'assurer la santé et le bien-être des citoyens, doivent être envisagés.

Dans le document de consultation prébudgétaire qu'elle a présenté au Comité permanent des financesⁱⁱ, l'AMC a recommandé que le gouvernement fédéral mette sur pied un groupe de travail national se composant d'experts pour étudier des mécanismes à incidence fiscale novateurs pour faire concorder la politique fiscale à la politique sur la santé. L'examen n'a pas encore été amorcé plus de 25 ans après la Commission royale d'enquête sur la fiscalité (Commission Carter) créée en 1966.

L'AMC se fait l'écho de la Commission en préconisant elle aussi la création d'un groupe de travail national chargé d'élaborer des moyens novateurs d'aligner la politique fiscale sur la politique sur la santé et la politique sociale. Ce genre d'étude porterait sur tous les aspects du régime fiscal, y compris le régime de l'impôt sur le revenu des particuliers, dont le CIPH fait partie.

Les autres parties de notre mémoire traitent de questions liées au CIPH.

Participation des médecins au Programme de CIPH

Dans le passé, l'AMC a contribué au Programme de CIPH. Sa relation de travail avec l'Agence des douanes et du revenu du Canada (ADRC) relativement au Programme de CIPH a porté sur des sujets précis, a été limitée dans le temps et constructive.

ⁱⁱ Association médicale canadienne, *Securing Our Future... Balancing Urgent Health Care Needs of Today With The Important Challenges of Tomorrow*", présentation au Comité permanent des finances dans le cadre des consultations prébudgétaires, 1^{er} novembre 2001.

Notre première contribution de taille à l'égard du Programme de CIPH remonte à 1993, lorsque l'AMC a fourni à Revenu Canada un bref rapport d'examen du programme et du formulaire T2201. Il est intéressant de noter le contenu de nos observations faites en 1993 à l'égard du programme, dont bon nombre demeurent d'actualité.

Voici quelques-unes des questions abordées par l'AMC en 1993 dans le cadre de son premier examen du programme :

- Il se pourrait que le programme de crédit d'impôt ne réponde pas aux besoins des personnes handicapées et qu'on agisse trop à l'aveuglette. Le Programme de CIPH devrait être évalué dans son ensemble pour déterminer l'efficacité avec laquelle il répond aux besoins des personnes handicapées.
- Le programme devrait s'intituler « Programme de crédit d'impôt pour personnes gravement handicapées » - ou porter un titre équivalent indiquant clairement que les personnes handicapées n'y sont pas toutes admissibles.
- Le programme place les médecins en situation de conflit éventuelle avec les patients – au regard de la responsabilité des médecins de défendre les droits du patient et de la nécessité de contrôle pour Revenu Canada. Le rôle du médecin devrait consister à attester la légitimité des demandes pour le compte des patients.
- Revenu Canada devrait clarifier la multiplicité de programmes. En effet, il existe de nombreux programmes fédéraux et tous semblent utiliser des processus et des formulaires différents. Ce chevauchement rend la tâche difficile pour les patients et les professionnels.
- Un effort important devrait être déployé pour informer les demandeurs éventuels, les conseillers fiscaux et les médecins.
- Il conviendrait d'effectuer une évaluation raisonnable des composantes (demandeurs et professions médicales) du processus.

L'AMC n'entretient pas une relation de consultation normalisée avec l'ADRC au sujet de ce programme. La lettre récente envoyée par la ministre de l'ADRC, pour demander que les bénéficiaires actuels du CIPH rétablissent leur admissibilité au crédit témoigne de cette relation irrégulière. L'AMC n'a pas été informée de cette lettre, ni consultée à son sujet. Si nous l'avions été, nous aurions souligné l'importance des ressources en temps et en argent qu'exigerait le renvoi de 75 à 100 000 personnes à leur médecin de famille pour un nouvel établissement de leur admissibilité. Nous aurions également travaillé avec l'ADRC pour trouver d'autres moyens d'actualiser les dossiers relatifs au CIPH. Malheureusement, on ne peut plus rien à ce qui s'est produit, mais nous pouvons en tirer une leçon. Cette situation montre clairement qu'il faut établir un dialogue ouvert et suivi entre nos deux organisations.

Mesure stratégique : L'AMC aimerait qu'un groupe consultatif de niveau supérieur soit mis sur pied pour suivre de près le Programme de CIPH et en évaluer le rendement, afin de s'assurer qu'il répond au but et aux objectifs énoncés. Ce genre de groupe consultatif se composerait d'agents de programme de niveau supérieur, de préférence au niveau SMA, de représentants des groupes professionnels autorisés à remplir le Certificat T2201, de diverses organisations oeuvrant pour les personnes handicapées et de groupes de défense des droits des patients.

Nous aimerions maintenant attirer l'attention du Sous-comité sur trois questions qui, actuellement, influent négativement sur la participation du corps médical au programme, à savoir l'intégrité du programme, la normalisation du programme (par exemple l'uniformité de la terminologie et les dépenses auxquelles les personnes handicapées font face) et les renvois aux fournisseurs de soins, par les conseillers fiscaux.

Intégrité du programme

Pour les médecins qui travaillent dans le cadre du programme, la tension excessive que le programme crée et impose à la relation médecin-patients constitue la principale source de préoccupation et d'irritation. Cette tension peut avoir d'autres effets néfastes, notamment nuire à l'intégrité du processus lié au Programme de CIPH.

Selon la structure actuelle du Programme de CIPH, les médecins doivent évaluer le patient, remettre leur évaluation au patient et demander au patient de les payer. Le processus pose des problèmes pour deux raisons. Premièrement, étant donné que le patient reçoit le formulaire dès que l'évaluation est faite, on peut tenir les médecins responsables de la non-admissibilité de leur patient au crédit d'impôt – et non les arbitres chargés du Programme de CIPH. Deuxièmement, il est gênant pour les médecins de demander à un patient de les payer en sachant qu'il ne sera pas jugé admissible au crédit d'impôt.

Pour maintenir l'intégrité du Programme de CIPH, les médecins doivent pouvoir en arriver à une évaluation indépendante de la condition du patient. Néanmoins, en raison des pressions que le programme exerce sur la relation médecin-patients, l'obligation morale et juridique du médecin de fournir une évaluation objective peut entrer en conflit avec sa responsabilité professionnelle, à savoir « faire passer avant tout le bien-être des patients ».

Il y a une solution au problème. Il s'agit d'un modèle qu'utilise déjà le gouvernement, et c'est le Programme d'invalidité du Régime de pensions du Canada (RPC). En vertu de ce programme, le médecin ne remet pas son évaluation au patient, mais l'envoie au gouvernement, et le coût du service consistant à remplir le formulaire est compris dans le programme. Une telle démarche permet de maintenir l'intégrité de la relation médecin-patients, et l'intégrité du programme n'est donc pas compromise.

Mesure stratégique : L'AMC recommande que l'ADRC prenne les mesures nécessaires pour faire de l'évaluation et de l'établissement de l'admissibilité deux processus distincts. Elle recommande de s'inspirer du Programme d'invalidité du RPC pour y parvenir.

Justesse et équité

Le gouvernement fédéral s'est doté de plusieurs programmes pour les personnes handicapées. Certains programmes assurent la sécurité du revenu (c'est le cas des Prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada), tandis que d'autres programmes traitent des questions d'emploi (c'est le cas du programme Aide à l'employabilité des personnes handicapées) et d'autres encore consistent en des mesures fiscales (par exemple le crédit d'impôt pour personnes handicapées).

Ces transferts du gouvernement et ces prestations fiscales aident les personnes handicapées à participer activement à la société canadienne.

Toutefois, ces programmes ne sont pas cohérents sur les plans de la terminologie, des critères d'admissibilité, des modalités de remboursement, des prestations, etc. L'AMC recommande que des normes de justesse et d'équité s'appliquent à tous les programmes de prestations d'invalidité du gouvernement fédéral, en particulier pour deux aspects : la définition du concept de déficience et les normes de rémunération du médecin. Ces deux questions sont abordées en détail dans les paragraphes qui suivent.

1) Définition de déficience

L'un des problèmes liés à l'évaluation des déficiences tient au fait que le concept lui-même est difficile à définir. Dans la plupart des définitions normalisées, le terme « déficience » est défini de façon très générale et subjective. Une définition largement utilisée provient de la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CIDIH) de l'Organisation mondiale de la santé, selon laquelle *l'incapacité* constitue « toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon, ou dans des limites considérées comme normales pour un être humain ».

Le formulaire de demande d'admissibilité au CIPH et les formulaires de demande d'admissibilité à d'autres programmes de prestations d'invalidité n'utilisent pas la même définition de « déficience ». Outre le manque d'uniformité de la terminologie, les critères d'admissibilité à ces programmes diffèrent, au sens où ils visent à répondre à des besoins différents des personnes handicapées. Pour donner droit au CIPH, la déficience doit être « prolongée » (au moins 12 mois) et « grave » c'est-à-dire « limiter de façon marquée l'une ou l'autre des activités courantes de la vie quotidienne » qui sont définies. Les termes « grave » et « prolongée » sont repris dans les critères d'admissibilité au RPC, mais ils sont définis différemment (par exemple, « grave » signifie que « votre état vous empêche d'occuper régulièrement un emploi » et le terme « prolongée » signifie que « votre état doit durer pendant une longue période ou risque d'entraîner le décès ». D'autres programmes, comme ceux d'Anciens Combattants Canada, utilisent des critères totalement différents.

Ce genre de situation sème la confusion chez les médecins, les patients et d'autres intéressés (par exemple les spécialistes en déclarations de revenus/conseillers fiscaux) qui participent au processus de demande. Les médecins peuvent donc être amenés à passer plus de temps qu'il ne faut à remplir le formulaire, car ils doivent vérifier la terminologie. En conséquence, si les termes, les critères et l'information concernant les programmes ne sont pas formulés de la façon la plus claire possible, les médecins risquent de commettre des erreurs lorsqu'ils remplissent les formulaires. En fin de compte, ce sont les bénéficiaires des prestations qui en subissent les conséquences.

Mesures stratégiques : L'AMC aimerait que les définitions utilisées aux fins de l'exécution des divers programmes gouvernementaux soient davantage cohérentes, ce qui ne veut pas dire que les critères d'admissibilité doivent être uniformes.

En outre, l'AMC aimerait que l'on prépare une trousse d'information complète à l'intention des fournisseurs de soins de santé, qui contiendrait une description de chaque programme, l'énoncé des critères d'admissibilité, toute la gamme de prestations offertes, des copies des spécimens des formulaires, des renseignements concernant le paiement des évaluations de la condition physique et du service qui consiste à remplir le formulaire, etc.

2) Rémunération

La rémunération du médecin appelé à faire une évaluation et à remplir le formulaire est une autre question qui bénéficierait d'un effort de normalisation à l'échelle des divers programmes gouvernementaux, car elle éliminerait les difficultés auxquelles certaines personnes handicapées font face actuellement. Par exemple, les demandeurs qui présentent le formulaire T2201 - Certificat pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées à leur médecin doivent payer eux même le médecin qui remplit le formulaire. Par contre, la personne qui fait une demande de prestation d'invalidité du RPC n'est pas tenue de payer le médecin qui remplit le formulaire, car ce genre de coût est compris dans le programme.

L'évaluation des déficiences est une tâche complexe qui exige du temps de la part d'un professionnel de la santé. D'après nos membres, remplir le formulaire T2201 (Certificat pour le CIPH) peut exiger autant de temps et d'effort que fournir l'information demandée pour remplir les formulaires d'admissibilité au Programme d'invalidité du RPC, compte tenu du patient et de la nature de la déficience. Malgré tout, pour certains programmes on reconnaît le temps et les connaissances nécessaires pour mener une évaluation en bonne et due forme, ce qui n'est pas le cas d'autres programmes.

Certes, les médecins peuvent demander à leurs patients de les payer pour remplir le formulaire d'admissibilité au CIPH, mais ils hésitent à le faire car ils savent qu'habituellement les personnes dans ce cas ont des moyens limités et, dans les cas très complexes, le coût du service rendu par le médecin pour remplir le formulaire T2201 peut représenter jusqu'à 150 \$. En outre, les médecins sont gênés de demander de tels frais aux patients, sachant qu'ils ne seront pas admissibles au crédit d'impôt. La synchronisation du financement de tous les programmes serait extrêmement bénéfique pour toutes les personnes handicapées, les professionnels qui remplissent les formulaires et les gestionnaires de programme.

Mesure stratégique : Nous encourageons vivement le gouvernement fédéral à mettre les programmes de crédit d'impôt pour personnes handicapées sur un pied d'égalité en ce qui touche le remboursement des fournisseurs de soins examinateurs.

Renvois par les conseillers fiscaux

Étant donné la complexité du régime fiscal aujourd'hui, de nombreux contribuables s'adressent à des conseillers fiscaux professionnels pour s'assurer que les formulaires sont remplis comme il se doit et qu'ils demandent toutes les prestations auxquelles ils ont droit. Dans bien des cas, les conseillers fiscaux renvoient les contribuables à des professionnels de la santé qui pourront examiner leur condition et éventuellement faire une demande d'admissibilité au CIPH. Les conseillers fiscaux peuvent être d'une intention fort louable, mais il arrive souvent qu'ils renvoient à tort leurs clients aux professionnels de la santé. En conséquence, les professionnels de la santé, dont le nombre est déjà insuffisant, perdent un temps précieux, et les patients qui tentent d'avoir droit au crédit d'impôt peuvent avoir des attentes peu réalistes.

Le principe numéro un du Code de déontologie de l'AMC consiste à « faire passer avant tout le bien-être des patients ». L'un des rôles clés du médecin consiste à défendre les droits du patient et à lui apporter son appui dans le cadre du système de soins de santé. Le formulaire de demande d'admissibilité au CIPH amène le médecin à jouer un rôle de médiateur entre le patient et une tierce partie à laquelle le patient s'adresse pour obtenir une aide financière.

Ce rôle de « surveillance » peut imposer des tensions à la relation médecin-patients – en particulier si la demande d'admissibilité au crédit d'impôt pour personnes handicapées est rejetée selon la façon dont le tiers administrateur interprète les recommandations formulées dans le rapport du médecin. Les médecins et les autres professionnels de la santé sont chargés non seulement de dire aux patients qu'ils ne sont pas admissibles au crédit, mais aussi de les informer qu'ils peuvent être appelés à payer le service d'évaluation.

Mesure stratégique : Une meilleure préparation des conseillers fiscaux serait bénéfique tant pour les patients que pour les personnes qui leur fournissent des soins. L'AMC aimerait que l'ADRC prépare, de concert avec la collectivité des fournisseurs de soins de santé, un guide détaillé à l'intention des spécialistes en déclarations de revenus et de leurs clients, en soulignant les critères d'admissibilité au programme et les étapes préliminaires à franchir avant d'entreprendre l'évaluation personnelle d'une déficience. Ce genre de guide permettrait d'avoir une idée de la mesure dans laquelle il vaut la peine d'investir du temps, des efforts et de l'argent pour consulter un professionnel de la santé afin d'obtenir une évaluation.

Comme on l'a précisé à la réunion précédente tenue avec l'ADRC, l'AMC propose à nouveau qu'un représentant des médecins accompagne les représentants du Programme de CIPH lorsqu'ils sont appelés à rencontrer des représentants des divers organismes qui offrent un service de préparation des déclarations, avant chaque saison fiscale, pour examiner le guide détaillé portant sur les critères d'admissibilité au programme et l'évaluation initiale et souligner les conséquences que peuvent avoir les renvois qui ne se justifient pas.

Conclusion

Le CIPH est une prestation offerte aux Canadiens qui vivent avec un handicap. Toutefois, il conviendrait de procéder à une certaine normalisation entre les divers programmes pour s'assurer qu'ils sont efficaces et répondent à l'objectif qui leur est applicable. Plus précisément, l'AMC aimerait faire les suggestions qui suivent.

1. L'AMC aimerait que l'on crée un groupe consultatif de niveau supérieur qui serait chargé de surveiller l'exécution du Programme de CIPH et d'en évaluer le rendement, pour s'assurer qu'il répond au but et aux objectifs énoncés. Ce genre de groupe consultatif se composerait, à tout le moins, d'agents de programme de niveau supérieur, de préférence oeuvrant au niveau de SMA, de membres de groupes professionnels autorisés à remplir le formulaire T2201, de diverses organisations oeuvrant pour les personnes handicapées et de groupes de défense pour les droits des patients.
2. L'AMC recommande que l'ADRC prenne les mesures nécessaires pour faire de l'évaluation et de l'établissement de l'admissibilité deux processus distincts. Elle recommande de s'inspirer du Programme d'invalidité du RPC, pour y parvenir.
3. Il peut exister une certaine uniformité à l'échelle des définitions utilisées pour les divers programmes gouvernementaux, mais des écarts pourront demeurer entre les critères d'admissibilité.
4. Elle recommande qu'une trousse d'information complète soit préparée, à l'intention des fournisseurs de soins de santé; on y trouverait une description de chaque programme, les critères d'admissibilité, toute la gamme de prestations offertes, des copies des spécimens de formulaires, des renseignements sur la rétribution des évaluations par un médecin et du service consistant à remplir le formulaire, etc.
5. Elle recommande que le gouvernement fédéral traite les programmes sociaux sur un pied d'égalité en ce qui a trait à leur financement et à leur gestion.
6. Elle recommande que l'ADRC prépare, de concert avec la collectivité des fournisseurs de soins de santé, un guide détaillé à l'intention des conseillers fiscaux et de leurs clients, dans lequel on soulignerait les critères d'admissibilité au programme ainsi que les étapes préliminaires à franchir avant d'entreprendre une évaluation personnelle de la déficience.
7. Elle recommande que l'ADRC fasse appel à des fournisseurs de soins de santé pour qu'ils accompagnent ses représentants lorsqu'ils sont appelés à rencontrer les membres de divers organismes qui offrent un service de préparation des déclarations, afin d'examiner le guide détaillé des critères d'admissibilité au programme et des évaluations personnelles des déficiences et de souligner les conséquences des renvois non justifiés.

Ces recommandations seraient certainement utiles à toutes les personnes en cause – le patient, le fournisseur de soins de santé et le gestionnaire de programme, à court terme. Néanmoins, à plus long terme il serait très utile d'examiner le régime fiscal dans son ensemble du point de vue des soins de santé. Il pourrait en découler des avantages tangibles non seulement pour les personnes handicapées mais pour tous les Canadiens, et une telle démarche traduirait le leadership qu'assure le gouvernement fédéral lorsqu'il s'agit de voir à la santé et au bien-être des Canadiens.