

**Un système de compensation
plus équitable pour les personnes
handicapées**

**Synthèse du rapport final du groupe d'experts mandaté
par l'Office des personnes handicapées du Québec**

Rédaction

François Blais
Daniel Gardner
André Lareau
Université Laval

Le

20 janvier 2004

Mise en page

Jocelyne Bisson

Édition

Direction des communications

Dépôt légal 2004
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-550-42587-1

Table des matières

Introduction.....	1
1. Mise en contexte	2
2. Structure et contenu du rapport	5
3. Cadre et limites de ce travail	6
I – LA COMPENSATION ÉQUITABLE : PRINCIPES D'ANALYSE	9
1. Remarques préliminaires sur l'équité.....	9
2. L'enjeu de l'équité sociale.....	10
3. Les principes de la compensation équitable retenus dans le rapport	12
II – ÉTAT COMMENTÉ DE LA SITUATION ACTUELLE	21
1. Les régimes d'indemnisation liés au statut de victime	21
1.1 Le régime traditionnel d'indemnisation basé sur la faute	22
1.2 Les régimes d'indemnisation sans égard à la responsabilité de quiconque..	23
1.3 Les régimes d'indemnisation basés sur la solidarité sociale	24
2. Les mesures attachées au statut de personne handicapée ou invalide	26
2.1 Les prestations en espèces.....	26
2.2 Les prestations sous forme de services et d'équipements.....	29
3. Les mesures fiscales	30
3.1 Remarques préliminaires sur la fiscalité et ses concepts.....	30
3.2 Les mécanismes fiscaux applicables sans égard à une dépense engagée pour le bénéfice de la personne handicapée.....	33
3.3 Les mécanismes fiscaux applicables à la suite d'une dépense engagée pour le bénéfice de la personne handicapée.....	35
4. L'interaction entre les divers régimes d'indemnisation	38
III – ANALYSE ET RECOMMANDATIONS	41
1. Évaluation critique de divers scénarios	41
1.1 Mise en place d'un régime universel de compensation des besoins spéciaux et du revenu	41

1.2	Examen de scénarios se rapprochant d'un régime universel de compensation	44
1.3	Fusion des principaux programmes québécois d'assurance.....	46
2.	Vers un régime de compensation plus équitable : les transferts monétaires.....	48
2.1	Fusion des régimes de compensation fondés sur la solidarité sociale.....	49
2.2	Création d'une allocation unifiée pour personnes handicapées	51
3.	Vers un régime de compensation plus équitable : les services et les équipements	55
3.1	Le régime actuel de compensation de base : son fonctionnement transversal et ses principales difficultés.....	55
3.2	Les principales iniquités liées à la coexistence entre le régime de base et les autres régimes d'indemnisation	56
3.3	L'amélioration de l'équité dans l'offre des services offerts aux personnes handicapées.....	58
3.3.1	<i>Première proposition : mieux évaluer les besoins en mettant en place un plan de services individualisé.....</i>	<i>59</i>
3.3.2	<i>Deuxième proposition : mieux informer les clientèles des services auxquels ils ont droit par une mise à jour continue des services disponibles.....</i>	<i>60</i>
3.3.3	<i>Troisième proposition : mettre en relation continue les organismes qui dispensent des services.....</i>	<i>60</i>
3.3.4	<i>Quatrième proposition : mieux définir les besoins socialement nécessaires.....</i>	<i>61</i>
3.3.5	<i>Cinquième proposition : prioriser si nécessaire afin de faciliter l'accès aux services.....</i>	<i>62</i>
	Conclusion	65
	ANNEXE – Table des matières du rapport complet.....	67

Introduction

L'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) 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. Il a alors été 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 devait comprendre 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.

Le présent document constitue une synthèse des constats et propositions qui apparaissent dans le rapport complet.

1. Mise en contexte

Selon une vaste enquête menée en 1998 et dont les résultats ont été publiés en 2001, environ 15 % de la population québécoise présentait au moins une incapacité. On estime donc que 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 à 13 % chez les 15 à 64 ans. À partir de 75 ans, on retrouve plus de 55 % de la population avec une incapacité. Toujours selon ces données, environ 210 200 personnes âgées de 15 à 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.

Toujours en 1998, 30 % des ménages privés du Québec comptaient au moins une personne (adulte ou enfant) ayant une incapacité. Les incapacités alors les plus répandues étaient liées à la mobilité (9 %), l'agilité (8 %) et l'audition (4,2 %), tandis que celles liées aux activités intellectuelles ou à la santé mentale représentaient 4,1 % des incapacités totales.

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. La combinaison de ces facteurs entraîne nécessairement une fragilité économique accrue : plus de 30 % des personnes avec incapacité sont considérées comme « pauvres » ou « très pauvres » par l'Institut de la statistique du Québec, alors que ce chiffre n'est que de 16 % pour les personnes sans incapacité.

C'est dans ce contexte que l'Office des personnes handicapées du Québec tenait, en mars 1999, 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'Office¹, 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.

Déjà en 1984, le gouvernement créait un comité interministériel devant proposer des scénarios en vue d'un régime québécois d'assurance invalidité. Le comité interministériel déposait, 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. 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 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

¹ OPHQ, *Le Québec et l'intégration sociale des personnes handicapées : état de situation multisectoriel*, (DEIP-1025), Drummondville, décembre 1998 ; OPHQ, *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 ; OPHQ, *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.

d'action prioritaires pour « diminuer les situations qui entraînent un handicap pour les personnes ayant des incapacités ».

Pour sa part, la Confédération des organismes provinciaux de personnes handicapées du Québec (COPHAN) a mandaté une firme privée pour réaliser une étude de faisabilité d'un fonds de compensation universel relatif aux coûts inhérents à la déficience ou à la limitation fonctionnelle. Deux rapports furent déposés en 1992 et 1993, en insistant sur le fait que malgré la 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. 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. Dans ces rapports, on propose, entre autres, la mise en place d'un fonds universel de compensation pour toutes les incapacités, d'un plan de services individualisé et d'un « guichet unique » pour les personnes ayant une incapacité.

Soucieux de relancer la réflexion sur la compensation équitable, l'OPHQ s'est associé, 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 ». Une recherche devait être réalisée sur les mécanismes possibles de compensation équitable pour les personnes ayant une incapacité. Le mandat pour cette recherche a été accordé à une équipe de sept personnes dirigées par Patrick Fougeyrollas.

Ce rapport souligne 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. Les mesures varient selon la cause, l'âge ou le revenu des personnes et, dans plusieurs cas, elles ne couvrent qu'une partie des besoins particuliers. Les démarches administratives pour

accéder aux services sont souvent longues et frustrantes. 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 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 de ce 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 ».

À la suite de ce rapport et du colloque de mars 1999 qui visait notamment à en discuter les propositions de réforme, la ministre responsable de l'OPHQ, M^{me} Pauline Marois, a demandé à l'Office de lui présenter un projet de démarche concertée portant sur la compensation équitable des besoins des personnes handicapées. Le rapport que le présent document vise à synthétiser constitue la première étape de cette démarche, consistant à présenter aux autorités une proposition documentée sur les coûts et la faisabilité de solutions d'ensemble pouvant être apportées aux problèmes reliés à la compensation des besoins des personnes handicapées.

2. Structure et contenu du rapport

Le rapport complet se divise en deux parties. La première partie dresse un tableau des différents régimes actuels d'indemnisation, alors que la seconde fait l'évaluation du système actuel sous l'angle de la compensation équitable et propose un certain nombre de recommandations.

Afin de réduire l'ampleur du présent document synthèse et de mettre l'emphase sur les aspects majeurs de la recherche, la structure adoptée ici sera différente. L'introduction de ce document résume déjà, en quelques lignes, des sections entières du rapport. Il est conseillé au lecteur de se référer au rapport final afin de prendre connaissance des données exhaustives et des analyses plus complètes de chacune des propositions. La table des matières du rapport complet est fournie en annexe du présent document. En tenant compte de cette remarque, le document synthèse a été conçu pour fournir une information minimale suffisante quant à la situation actuelle, aux enjeux en présence et aux voies de solution privilégiées par les auteurs.

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 et mesures d'aide 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 ;
- clarification des principes de la compensation équitable ;
- 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 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. Enfin, en raison de nos champs d'expertise et du manque de données complètes relatives aux mesures d'aide dispensées sous forme de services et d'équipements, nos propositions seront plus

précises et novatrices en ce qui concerne les mesures d'aide sous forme de transferts monétaires.

Nous tenons à rappeler 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.

I – LA COMPENSATION ÉQUITABLE : PRINCIPES D'ANALYSE

La problématique de la compensation équitable englobe deux réalités complémentaires : la compensation pour les coûts supplémentaires et celle applicable au 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 de déficience ou d'incapacité n'ont pas de tels besoins et n'ont donc pas à assumer les frais supplémentaires qui y sont reliés. Cela 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.

1. Remarques préliminaires sur l'équité

Dans le domaine des politiques sociales et fiscales, l'équité est généralement recherchée de deux façons. 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 célibataires 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. 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. 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 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. Ainsi, 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. Selon les catégories juridiques auxquelles elles appartiennent, ces clientèles ont droit à des indemnités et des prestations substantiellement différentes. Cette multiplication de 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 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.

2. L'enjeu de l'équité sociale

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.

Si nous croyons 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 les « coups du hasard », bons ou mauvais. Cela peut se faire de manière préventive, notamment en frappant d'un plus lourd impôt les héritages, 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.

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 tributaires 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 son handicap » et ses conséquences. 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 hasard » contre lesquels cette police d'assurance privée devrait normalement nous prémunir. 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.

3. Les principes de la compensation équitable retenus dans le rapport

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 de nombreuses confusions à son sujet. Voici les principes de la compensation équitable que nous avons élaborés et retenus dans ce rapport, avec des extraits de commentaires les accompagnant dans le rapport complet.

Principe I – Réduire les conséquences physiques, financières et sociales liées aux déficiences et aux incapacités

Ce premier principe vise à 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.

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 l'incapacité. 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.

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 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. 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.

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.

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.

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 nécessaire 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.

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 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.

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. 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.

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.

La définition « juste » d'un besoin dépend 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.

Principe VI – Déterminer la nature ou la forme des transferts en recherchant l'équité, l'efficacité et la simplicité

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. 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 services centralisé.

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.

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.

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 » n'empêche pas de « responsabiliser » les citoyens, notamment en rapport avec les 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.

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. De plus, 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.

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 leurs 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.

Principe X – *Éviter que les différents régimes d'indemnisation se concurrencent dans les domaines des soins de santé et de la réadaptation physique*

La justice 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 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.

II – ÉTAT COMMENTÉ DE LA SITUATION ACTUELLE

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, lorsque l'incapacité résulte d'un fait accidentel précis (accident d'automobile, victime d'acte criminel), la comparaison entre les mesures d'indemnisation offertes par les différents régimes étatiques d'indemnisation est généralement faite de façon incomplète et sans tenir compte de la logique inhérente à chacun de ces systèmes. L'objectif principal est ici de faire comprendre l'origine et la logique de ces régimes d'indemnisation. Le législateur a agi à plusieurs niveaux : mise en place de régimes d'indemnisation nécessitant la preuve d'un fait accidentel précis (section 1) ou sans égard à la cause de l'incapacité (section 2), adoption de mesures fiscales (section 3). L'interaction entre ces divers régimes d'indemnisation n'est pas toujours évidente (section 4).

1. Les régimes d'indemnisation liés au statut de victime

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. 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.

1.1 Le régime traditionnel d'indemnisation basé sur la faute

À l'origine, responsabilité pénale et responsabilité civile étaient fondues en un seul système basé sur l'idée de vengeance privée. La séparation entre la responsabilité pénale et la responsabilité civile n'est devenue une réalité qu'au cours des derniers siècles. 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. Le *Code civil du Québec* représente le texte législatif applicable à défaut d'une loi particulière, ce que l'on appelle le droit commun. 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).

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. Si l'on prend l'exemple des poursuites en matière de responsabilité médicale pour les années 1996-2000, on note que plus de 60 % d'entre elles ont été rejetées ou abandonnées sans procès ni règlement, alors que celles composant l'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. Ces données ne sont malheureusement pas valables seulement en matière de responsabilité médicale.

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. 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.

1.2 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. 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. Les poursuites civiles sont abolies, en contrepartie d'un financement préalable et obligatoire par les créateurs du risque (automobilistes, employeurs).

Puisque ces régimes d'indemnisation remplacent le système de droit commun, les indemnités offertes aux victimes doivent être d'un niveau substantiel afin de justifier le maintien de leur caractère exclusif. Les frais médicaux, un plan individualisé et complet de réadaptation, le remplacement du revenu (90 % du revenu net, non imposable) et une indemnité substantielle pour les pertes de nature non pécuniaire (douleurs, perte de jouissance de la vie, préjudice esthétique) sont au nombre des postes d'indemnisation offerts par la SAAQ et la CSST.

1.3 Les régimes d'indemnisation basés sur la solidarité sociale

Les régimes d'indemnisation mentionnés ci-dessous sont en apparence fort disparates. 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. La liste des régimes d'indemnisation comprend :

- le régime d'indemnisation des victimes d'actes criminels, mis en place en 1971 à la suite de la Crise d'octobre ;
- le régime d'indemnisation des victimes blessées en accomplissant un acte de civisme (1977), contrepartie de l'obligation de porter secours à autrui prévue par la *Charte des droits et libertés de la personne* ;
- le régime d'indemnisation des victimes de l'application d'un programme d'immunisation, créé en 1987 à la suite d'une décision de la Cour suprême ayant refusé d'indemniser une enfant devenue handicapée après avoir reçu un vaccin ;
- le régime d'indemnisation des victimes de l'hépatite C, créé à la suite du scandale du sang contaminé, où il existe un programme fédéral et un programme québécois mis en place à la fin des années 90.

Ce dernier exemple (victimes de l'hépatite C) permet de bien comprendre la logique et la portée de ces diverses interventions législatives. On remarque que la générosité du régime s'accroît 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 (des poursuites civiles étaient d'ailleurs pendantes au moment où un règlement a été conclu), 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. C'est ce qui explique que le programme québécois n'accorde que quelques milliers de dollars alors que 1,17 milliard de dollars ont été alloués au programme fédéral.

C'est donc la probabilité plus ou moins grande d'un engagement de la 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.

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. On peut distinguer ces programmes, au moins formellement, selon qu'ils octroient des prestations en espèces au bénéficiaire ou qu'ils privilégient l'indemnisation sous forme de prestations en services.

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. Une constante se dégage de l'examen de tous ces régimes : le prélèvement de cotisations particulières entraînera le versement de prestations beaucoup plus intéressantes que dans les hypothèses où le système est financé à même l'assiette générale des impôts.

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, en 1966, 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 du handicap ou de l'invalidité, leur application demeure limitée aux personnes qui sont (ou du moins qui ont déjà été) sur le marché du travail.

Le régime public verse 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 vise la personne atteinte d'une invalidité physique ou mentale grave et prolongée. 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. Il y avait 59 151 bénéficiaires québécois de la rente d'invalidité au 30 juin 2003, et 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.

Les compagnies d'assurance privées complètent ce régime de base. 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 ».

À côté de ces régimes financés par les personnes sur le marché du travail, on signalera l'existence de deux allocations financées par l'assiette générale des impôts.

La première est l'allocation pour enfants handicapés, mise en place 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 la Famille et de l'Enfance. L'allocation s'adresse aux enfants de moins de 18 ans dont la personne en ayant la charge réside au Québec. Fait à noter, le revenu familial n'est pas un critère de modulation de l'allocation, qui est identique pour tous les enfants. 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 mentionnée plus haut. La première notion est plus large et vise, par exemple, l'enfant gravement blessé 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. Le principal défaut de l'allocation est son absence d'indexation depuis 1994, où elle a été fixée à 119,22 \$ par mois. Signalons que le budget fédéral du 18 février 2003 prévoit l'ajout d'une prestation supplémentaire pour enfant handicapé (PEH) constituée d'un montant maximal annuel et dégressif de 1 600 \$ par enfant handicapé. Elle s'ajoute à la prestation fiscale pour enfants et vise les familles dont le revenu familial net est inférieur au montant à partir duquel le supplément de la Prestation nationale pour enfants cesse d'être versé.

La seconde mesure est l'allocation pour contraintes sévères à l'emploi, créée en 1969, qui est accordée au prestataire de la sécurité du revenu dont l'état physique ou mental est, de façon significative, déficient ou altéré pour une durée vraisemblablement permanente ou indéfinie. L'allocation, qui s'ajoute aux prestations régulières offertes à tous les bénéficiaires, était de 243 \$ par mois en 2003 et elle concernait plus de 126 000 personnes handicapées. En plus de leur allocation monétaire, les bénéficiaires du régime ont aussi accès à un « carnet de réclamation ». Ce carnet donne droit à un certain nombre de services gratuits ou largement subventionnés (frais dentaires, soins optométristes, etc.), à des conditions plus favorables que pour les bénéficiaires ne se qualifiant pas pour l'allocation pour contraintes sévères à l'emploi. Cela nous amène à traiter des prestations offertes par l'État sous la forme de services ou d'équipements.

2.2 Les prestations sous forme de services et d'équipements

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 en sont des exemples. D'autres services 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 la fourniture de médicaments, font partie de cette deuxième catégorie. Enfin, le régime universel d'assurance maladie assume des dépenses 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.

Un seul programme a été analysé en profondeur dans le rapport complet : le programme d'adaptation de véhicule automobile. Il a été choisi en fonction de sa représentativité des contraintes que supposent sa mise en application et aussi parce que son analyse permet 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 de l'incapacité, fondements différents de ces derniers régimes et du système de sécurité sociale, explosion des coûts, efficacité administrative, coordination entre les programmes existants.

3. Les mesures fiscales

L'année 1981, qui a été proclamée Année internationale des personnes handicapées, a permis une amorce de réflexion donnant lieu à une plus grande reconnaissance des personnes handicapées. La fiscalité n'y a pas fait exception et c'est à compter du milieu des années 80 qu'ont été intégrées à la fiscalité diverses mesures de soutien économique dirigées exclusivement vers les personnes ayant des incapacités. En 2003, de nombreux problèmes demeurent : l'équité, autant dans sa forme horizontale que verticale, présente de graves lacunes, et l'obtention des bénéfices fiscaux tient davantage à une forme de jugement arbitraire qu'à une évaluation objective et neutre de la condition des personnes handicapées.

3.1 Remarques préliminaires sur la fiscalité et ses concepts

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.

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. 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. 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.

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 rapport, l'étude porte 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. Pour les fins de compréhension de la matière, il est important de bien saisir certaines notions fiscales que nous tenterons ici de résumer.

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. Par la suite, on procède 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 %, alors qu'au Québec, les trois taux sont de 16 %, 20 % et 24 % et varient selon des paliers de revenus imposables.

Les *déductions* 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 *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 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, par conséquent, un impôt payable nul, ne peut donc bénéficier d'une telle forme de crédit. Le crédit d'impôt pour déficience mentale ou physique est un exemple de cette forme de crédit ;
- le *crédit d'impôt remboursable* présente les mêmes caractéristiques que le crédit conventionnel, tout en permettant, lorsque le crédit est supérieur à l'impôt payable, que la portion non utilisée du crédit soit remboursée au contribuable. Cette somme constitue ni plus ni moins qu'un montant dû au contribuable par les autorités fiscales. Les crédits de TPS et de TVQ, de même que la prestation fiscale canadienne pour enfants, sont des exemples de cette forme de crédit ;
- le *crédit remboursable inversé* 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 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 davantage 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.

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

En 1986, une disposition particulière fut introduite dans la *Loi de l'impôt sur le revenu* afin de prévoir une déduction pour le contribuable ayant une *déficiência 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, cette déduction fut convertie en un *crédit d'impôt non remboursable* mais la base du concept demeure la même. La mesure porte aujourd'hui le nom de crédit d'impôt pour déficiência mentale ou physique.

La loi précise les activités courantes de la vie quotidienne, notamment le fait de marcher, de s'alimenter et de s'habiller, la perception, la réflexion et la mémoire, le fait d'entendre et de parler de façon à se faire comprendre, dans un endroit calme, par une personne de sa connaissance.

Au cours des dernières années, de nouveaux bénéficiaires ont été ajoutés, notamment ceux qui ont des problèmes pulmonaires importants, et on a étendu la liste des personnes pouvant bénéficier de ce crédit par la voie d'un mécanisme de transfert. Le montant du crédit a été substantiellement bonifié pour tous les bénéficiaires, particulièrement pour les personnes de moins de 18 ans.

De sérieuses embûches pavent la voie des contribuables qui désirent se prévaloir du crédit. À la suite d'un refus de la part des autorités fiscales d'octroyer le crédit, le recours aux tribunaux a permis à 40 % d'entre eux d'obtenir gain de cause. Parmi les dossiers soumis à la cour, 76 % visaient une incapacité physique, 16 % une incapacité mentale et près de 6 % couvraient une incapacité physique et mentale.

Dans leur interprétation de la loi, les tribunaux conservent à l'esprit le fait que le crédit « 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 maintes occasions, ils ont dénoncé leur impuissance face à une loi truffée d'arbitraire et de rigidité. Afin de corriger cette situation, ils ont choisi d'adopter une interprétation « humaine et compatissante » qui est maintenant devenue la norme en la matière.

Une des conditions essentielles à l'obtention du crédit est le dépôt d'une attestation émanant d'un professionnel de la santé : voilà une source fréquente de conflits.

Pour bénéficier du crédit, on doit s'attendre à ce que l'incapacité dure au moins 12 mois d'affilée. De plus, les effets de la déficience doivent limiter de façon marquée la capacité d'accomplir une activité courante de la vie quotidienne.

Le législateur n'hésite pas à intervenir lorsque le courant jurisprudentiel ne lui convient pas. Sa dernière intervention s'est produite après que les tribunaux eurent octroyé le crédit à des contribuables qui souffraient d'allergies alimentaires importantes. Insatisfait de cette nouvelle tendance, il est rapidement intervenu afin de fermer la porte.

Le montant attribué au titre de ce crédit est prédéterminé et ne varie nullement selon le revenu de son bénéficiaire ou le type ou le niveau d'incapacité. Pour l'année 2003, le crédit fédéral est de 1 004,64 \$ 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 586,08 \$ est accordé pour l'année 2003 au niveau fédéral. Cette somme est réduite lorsque certaines dépenses au titre de frais de garde, de préposé ou de frais médicaux ont été réclamées.

Sur une base annuelle, ce crédit est utilisé par 400 000 contribuables au Canada, et son coût est d'environ 400 millions de dollars. Plus de la moitié des requérants, soit 52 %, sont âgés de 65 ans ou plus et les bénéfices qui leur échoient coûtent 194 millions de dollars au trésor public.

D'autres crédits visant les personnes ayant des incapacités sont analysés dans le cadre de ce chapitre. Ainsi, reconnaissant l'importance du soutien familial, la loi accorde un crédit au contribuable qui subvient aux besoins d'une personne âgée de 18 ans ou plus ayant une incapacité marquée. Le bénéficiaire du crédit, même s'il doit subvenir aux besoins de l'autre personne, n'a pas à justifier l'usage du crédit obtenu. En 2003, le crédit fédéral est de 586 \$ et décroît graduellement lorsque le revenu de la personne à charge excède la somme de 5 197 \$. Au Québec, le crédit est de 1 230 \$ et tombe à zéro lorsque le revenu atteint 6 150 \$.

Une autre mesure, celle-là mise de l'avant au Québec et reprise en partie par la loi fédérale en 1998, est une forme de crédit d'impôt à l'hébergement. Au Québec, ce crédit est accordé au contribuable qui héberge un ascendant âgé d'au moins 70 ans et qui fait partie de la « parenté élargie », ou âgé de 60 ans lorsque la personne admissible a une *déficiences mentale ou physique grave et prolongée*. La mesure fédérale vise l'hébergement d'un parent ou d'un grand-parent âgé d'au moins 65 ans, ou encore d'une personne âgée de 18 ans ou plus qui a une déficience mentale ou physique, sans avoir besoin de démontrer une prise en charge de cette personne. Le principal avantage de la mesure québécoise est qu'il s'agit d'un crédit remboursable fixe de 550 \$ qui n'est pas modulé en fonction du revenu. Le crédit fédéral non remboursable, quant à lui, est établi à 586 \$ et décroît graduellement lorsque le revenu de la personne âgée ou handicapée excède 12 509 \$.

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

Trois mécanismes ont été analysés : le crédit pour frais médicaux, la déduction pour frais de préposé aux soins et le crédit pour maintien à domicile. Le premier a généré la part la plus importante de nos commentaires.

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, le gouvernement avait

jugé utile de venir en aide aux contribuables qui devaient assumer des frais médicaux « exceptionnels ». 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, modifié périodiquement afin de combler les besoins au fur et à mesure qu'ils étaient portés à la connaissance du législateur. L'allégement fiscal prend la forme d'un crédit d'impôt non remboursable, soumis à un plancher de dépense calculé notamment en fonction du revenu du contribuable ou de la famille.

Ce crédit suscite bien des questions, puisque les dépenses de santé qui devraient être assumées par l'État sont noyées dans une législation fiscale. L'utilisation abusive de la fiscalité risque de créer un déséquilibre quant à la répartition des sommes qui y sont investies, puisque les crédits octroyés aux contribuables ne sont nullement dictés par des priorités préalablement établies.

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. Les contribuables qui ont réclamé ce crédit en 2001 ont présenté une dépense moyenne de 1 822 \$, tandis que la réclamation moyenne atteint 3 942 \$ pour les contribuables de 75 ans et plus. La dépense est en moyenne de 4 683 \$ pour les réclamants ayant un revenu de 100 000 \$ à 150 000 \$ et atteint un sommet de 8 212 \$ lorsque le revenu excède 250 000 \$.

Puisque le crédit pour frais médicaux n'est d'aucune utilité pour les contribuables à faible revenu, et afin de compenser en partie la perte de certaines prestations pour un prestataire de la sécurité du revenu qui entre sur le marché du travail, un nouveau concept fiscal a été introduit dans le cadre des dispositions budgétaires de 1997. Il s'agit d'un crédit remboursable qui décroît en fonction de l'augmentation du revenu et qui est accordé à une personne âgée d'au moins 18 ans qui engage des frais médicaux dont le total excède le seuil non admissible au crédit de base pour frais médicaux. Pour l'année 2003, le supplément fédéral est plafonné à 544 \$ (525 \$ au Québec). Il est accordé intégralement au contribuable dont le revenu familial n'excède pas 14 342 \$ au

fédéral et 18 235 \$ au Québec. Au niveau fédéral seulement, le seuil de revenu est haussé à 20 621 \$ lorsque le contribuable est aussi bénéficiaire du crédit pour déficience mentale ou physique.

Par ailleurs, des frais de préposé sont déductibles lorsqu'ils permettent au bénéficiaire du crédit d'impôt pour déficience mentale ou physique d'exercer des activités génératrices de revenu ou de poursuivre des études qui lui permettront éventuellement de générer certains revenus. De façon générale, la déduction est plafonnée aux 2/3 du « revenu gagné » par le contribuable pour l'année. S'il fréquente plutôt un établissement d'enseignement, elle est limitée au moins élevé de 15 000 \$ ou 375 \$ par semaine de fréquentation de l'établissement. La juxtaposition de ce supplément, du crédit pour frais médicaux et du crédit pour déficience mentale ou physique crée un formidable casse-tête que même les autorités fiscales n'avaient pas prévu.

Enfin, le crédit d'impôt pour le maintien à domicile des personnes âgées est un programme québécois qui a vu le jour le 1^{er} janvier 2000. 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.

Deux types de services donnent ouverture à ce dernier crédit : les services d'aide à la personne et les services d'entretien ou d'approvisionnement. Le crédit 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, le crédit est attribué sans égard au revenu du bénéficiaire.

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

est passé de 3 millions de dollars en l'an 2000 à 25 millions de dollars en 2001. Il a atteint 41 millions de dollars en 2002 et sera de 67 millions de dollars en 2003.

4. L'interaction entre les divers régimes d'indemnisation

Au vu de l'existence d'une panoplie de régimes d'indemnisation et de mesures d'aide destinées aux personnes handicapées, dont les origines et les objectifs sont très variables, il est inévitable que leur interaction entraîne des problèmes particulièrement complexes. Cette section a pour but 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 ?

Il existe plus d'une centaine de scénarios où deux régimes distincts de compensation sont susceptibles de s'appliquer à une situation factuelle donnée. Les problèmes les plus fréquents concernent l'interaction d'un régime où la preuve d'un fait accidentel précis (vu dans la section 1) entre en concurrence avec un régime d'indemnisation sans égard à la cause de l'incapacité (vu dans la section 2). Parmi les tendances les plus significatives, on peut noter les suivantes :

- Dans une hypothèse où le *régime de droit commun* de la responsabilité civile (section 1) et un *régime privé ou public à contribution particulière* (section 2) sont en présence, la règle est de permettre le cumul des prestations. Par exemple, la victime d'un accident d'avion pourra poursuivre le propriétaire de l'avion et lui réclamer ses pertes salariales, tout en conservant les indemnités de son assurance invalidité privée ou sa rente d'invalidité de la Régie des rentes du Québec.

- Dans une hypothèse où un *régime public d'indemnisation nécessitant la preuve d'un fait accidentel* (section 1) et un *régime public à contribution particulière sans égard à la cause de l'incapacité* (section 2) sont en présence, la règle est de ne pas permettre le cumul des prestations et d'imposer le paiement aux gestionnaires du régime universel. Ainsi, la victime d'un accident d'automobile verra ses prestations de la SAAQ réduites de ses prestations d'assurance-emploi ou de sa rente d'invalidité du régime de rentes du Québec.
- Dans une hypothèse où un *régime public d'indemnisation nécessitant la preuve d'un fait accidentel* (section 1) et un *régime public sans contribution particulière* (section 2) sont en présence, la règle est de ne pas permettre le cumul des prestations et d'imposer au premier le fardeau de rembourser les sommes investies dans le cadre du fonctionnement du régime universel. Par exemple, la SAAQ et la CSST doivent rembourser à la RAMQ le coût des soins de santé encourus pour les victimes d'accidents de la route ou du travail.
- Les *régimes publics à contribution particulière* (régime de rentes du Québec) agissent généralement en tant que « premiers payeurs » et ne peuvent tirer profit de l'existence d'un régime d'indemnisation nécessitant la preuve d'un fait accidentel précis. La situation est exactement l'inverse lorsque le régime public n'est pas financé par les contributions préalables d'une catégorie de citoyens : ce dernier régime 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).

Si l'on passe maintenant à l'étude des mesures d'aide *fiscalisées*, la règle de base est à l'effet qu'une même dépense ne peut donner ouverture à une double compensation. Malgré cette interdiction de cumul, l'État convient que des disparités majeures quant à l'état de fortune des contribuables justifient parfois le recours à une forme supplémentaire de compensation 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.

Par ailleurs, à l'intérieur des mécanismes fiscaux octroyés sans égard à la dépense encourue, tel le crédit d'impôt pour déficience mentale ou physique, le cumul des mesures de cette catégorie constituera la règle (qui souffre bien entendu d'exceptions), puisque chaque mesure fiscale vise une situation spécifique et requiert la présence de conditions particulières.

La compréhension des mécanismes en place et de leurs différentes justifications viendra supporter notre proposition de mise en place d'une allocation pour personne handicapée en principe *cumulable*, puisqu'une telle allocation ne sera pas financée par des contributions particulières d'un groupe de citoyens. Cette allocation est décrite dans la dernière partie du rapport.

III – ANALYSE ET RECOMMANDATIONS

Cette dernière partie est prospective et vise à faire un certain nombre de recommandations pour améliorer les mécanismes actuels de compensation et les rendre plus équitables. Nos recommandations feront écho à des travaux entrepris ces dernières années au Québec sur la question. Ces recherches 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 automatiquement associer à des iniquités.

1. Évaluation critique de divers scénarios

Cette section présente certains scénarios retenus dans des rapports antérieurs et en expose les forces et les faiblesses. Ces scénarios ont tantôt une vocation universelle (1.1), alors qu'ils se limitent parfois à certaines causes d'incapacité ou à certaines catégories de personnes invalides (1.2). Dans une dernière sous-section, nous résumerons les motifs qui nous font rejeter l'idée d'une fusion des régimes d'assurance présentement en vigueur au Québec.

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

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. Nous ne croyons cependant pas que la voie d'avenir résulte dans l'introduction à court terme d'un tel régime.

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 les incapacités et les situations de handicap résultant d'une maladie repose sur des principes juridiquement moins contraignants, tels la solidarité sociale et l'équité.

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, 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.

Bref, la *source* du préjudice a toujours eu une importance majeure quant à la mesure de la compensation accordée à la victime. 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. Ces difficultés sont exposées en détail dans le rapport. On se contentera ici d'en résumer deux :

- difficultés d'ordre budgétaire : la maladie est la cause de beaucoup plus d'incapacités que les accidents. Aucun État à travers le monde n'a su générer suffisamment de richesse collective pour pouvoir étendre un régime de compensation, applicable à certains accidents, aux cas beaucoup plus nombreux de maladies. Si des organismes comme la SAAQ et la CSST ont pu être mis en place, c'est que les créateurs du risque ont troqué la menace de poursuites civiles contre le paiement d'une prime d'assurance. Cette menace n'existe à peu près jamais pour les maladies ;
- difficultés d'ordre éthique : 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. 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 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.

1.2 Examen de scénarios se rapprochant d'un régime universel de compensation

Sans aller aussi loin que de créer un régime universel de compensation des besoins spéciaux et du revenu, 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. Nous avons analysé deux modèles qui, malgré leurs avantages indéniables, n'ont pas été retenus par les auteurs de ce rapport.

La Nouvelle-Zélande applique depuis une trentaine d'années un régime universel d'indemnisation pour tous les accidents subis sur son territoire. Il s'agit en fait d'un régime semblable à nos régimes d'indemnisation des accidents du travail ou de la route, qui a été étendu à toutes les hypothèses d'accidents. 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. Il existe toutefois des inconvénients réels qui résultent de la mise en place d'un régime universel de compensation des accidents. Parmi les quatre facteurs mentionnés dans le rapport, on ne mentionnera ici que le principal : 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. 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 comme étant totalement équitable par une bonne partie de la population.

Un autre modèle est celui de l'assurance universelle portant sur l'invalidité. Ces programmes ont comme premier mérite de ne pas opérer une telle distinction entre accidents et maladies. 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. Parmi les bons exemples de juridictions où les assurances invalidité couvrent l'ensemble des travailleurs, il faut signaler la Suède, mais surtout les Pays-Bas. C'est la raison pour laquelle, dans ces cas, on peut parler d'une couverture universelle d'assurance invalidité.

Si l'assurance invalidité a comme avantage indéniable de ne plus différencier l'incapacité selon sa cause, elle distingue 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 (défiance d'origine 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 : le premier régime est beaucoup plus complet et généreux que le second. Ainsi, 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. 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.

1.3 Fusion des principaux programmes québécois d'assurance

La fusion des principaux programmes québécois 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.

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. 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.

- 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 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. 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.

Suivant la même logique, 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. Cela comprend :

- Les 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.
- 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), le maintien 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.

2. Vers un régime de compensation plus équitable : les transferts monétaires

Cette section présente notre proposition relative à la création d'une allocation pour personne handicapée (2.2), dont le financement provient en bonne partie de la fusion de plusieurs programmes actuels de compensation (2.1). Au préalable, il faut toutefois préciser les limites et contraintes propres à notre démarche. Dans le rapport, l'accent a été mis sur la résolution d'iniquités horizontales entre les différentes catégories de personnes handicapées, laissant de côté la question difficile du niveau de financement requis pour permettre une application adéquate de l'ensemble des programmes existants. De même, en raison de connaissances insuffisantes, a été laissée de côté la question de la comparaison entre les différentes problématiques liées aux

incapacités, afin d'évaluer si certaines catégories de personnes sont plus avantagées que d'autres à l'heure actuelle. Enfin, dans nos recommandations, nous avons cherché à minimiser les perdants et à 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.

2.1 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. C'est tout cela qu'il faut remodeler dans le cadre d'une allocation pour personnes handicapées.

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 de déficience, d'incapacité ou de situation de handicap donnant droit à telle ou telle mesure de compensation. Dans le texte complet du rapport, une dizaine de pages sont consacrées à répertorier les iniquités qui résultent de l'application de chacun des programmes dont nous proposons la fusion.

2.2 Création d'une allocation unifiée pour personnes handicapées

Notre proposition d'allocation pour personne handicapée (APH) 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. 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 peuvent être ainsi résumés :

- 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 ;
- 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 ;
- 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 ;
- 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.

La mise en place de notre proposition 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 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 assuranciers. 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 13,7 % des personnes ayant réclamé le crédit pour personnes handicapées avaient un revenu supérieur à 50 000 \$. Il est à noter que les parents d'un enfant handicapé ne sont pas visés par cette limite, puisque c'est le revenu de la personne handicapée qui est pris en compte et non celui de ses proches.

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.

En tenant compte de la 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 nécessairement 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 des problèmes et limites qui résultent d'une incapacité, il se peut que certains cas d'incapacité « légère » s'ajoutent à ce nombre, tout comme on pourrait disqualifier des cas d'incapacité jugée « modérée ». Tout bien considéré, on se rapproche d'un ordre de grandeur assez réaliste quant à la portée de notre proposition.

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 auraient grand besoin d'un financement accru.

Voici quelques données qui résument notre proposition :

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\$

Addendum – L'amélioration des mesures fiscales non attachées à l'engagement d'une dépense particulière

Cet addendum rassemble des commentaires et propositions visant à améliorer le système fiscal actuel, indépendamment de la mise en place de notre allocation pour personnes handicapées.

Le crédit d'impôt pour déficience mentale ou physique offre à son prestataire des sommes non négligeables. Malheureusement, les conditions liées à son obtention, autant sur le plan de la forme que du fond, renferment des lacunes importantes qui empêchent le plein exercice de ce droit. Quant à la forme, on constate que le formulaire est conçu au détriment de la personne ayant une incapacité, puisque la formulation de la question semble donner ouverture au crédit seulement dans des situations exceptionnelles. De plus, combien de personnes parmi les professionnels de la santé prennent le temps de vérifier si la personne est en mesure de marcher 100 mètres ? La pratique de la médecine impose des contraintes de temps sévères et il est clair que le professionnel de la santé qui agit à titre d'employé d'un centre local de services communautaires (CLSC), par exemple, sera davantage en mesure de vérifier les conditions d'admissibilité au crédit que le médecin qui œuvre en cabinet privé. Nous constatons avec soulagement que le nouveau formulaire publié le 22 décembre 2003 apporte des correctifs importants sur ces aspects.

Sur le fond, ce crédit rejoint une portion seulement des personnes ayant une incapacité et, on peut le présumer, parmi les mieux nanties et aussi les plus éduquées. Si notre proposition de fusionner ce régime avec 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, pourrait constituer une alternative acceptable.

3. Vers un régime de compensation plus équitable : les services et les équipements

Cette dernière section est consacrée à l'évaluation des principales iniquités dans le régime actuel de compensation, ainsi qu'à la formulation d'un certain nombre de recommandations en vue de l'améliorer. Les contraintes sont exacerbées en ce qui concerne les prestations sous forme de services, en raison du grand nombre de programmes existants et de leur éparpillement à travers les divers organismes gouvernementaux et paragouvernementaux qui sont chargés de leur application.

3.1 Le régime actuel de compensation de base : son fonctionnement transversal et ses principales difficultés

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. En fait, ces organismes 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.

Parmi les autres sujets de préoccupation en matière de prestations sous forme de services et d'équipements, on mentionnera la régionalisation dans l'offre de services ainsi que l'existence de listes d'attentes. Le rapport consacre quelques pages à l'examen de ces questions, en rappelant que les problèmes soulevés sont inhérents à la nature même des services en cause. La disponibilité de la main d'œuvre et la question de l'éloignement des grands centres sont des réalités incontournables en la matière.

3.2 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 autorisé 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 ».

Deux situations bien distinctes ont été analysées : l'accès aux soins de santé et aux mesures de réadaptation et le financement indirect des services de santé privés par l'entremise de la fiscalité.

Dans le premier cas, cela pose la question de l'existence d'une voie privilégiée d'accès aux soins de santé et de réadaptation pour les victimes d'accidents de la route et du travail. Le rapport établit que cette préférence ne vise pas les soins de santé de base, tels les opérations chirurgicales, mais davantage les mesures de réadaptation comme la physiothérapie et les services d'un ergothérapeute. Il propose des pistes de solutions visant à minimiser l'impact de ces situations de préférence, en imposant à la SAAQ et à la CSST l'obligation de ne pas nuire au système public de santé en accaparant les ressources matérielles, lorsque celles-ci sont par ailleurs insuffisantes pour répondre à la demande.

Dans le second cas, celui du financement indirect des services de santé privés par l'entremise de la fiscalité, l'atteinte à l'équité nous semble plus importante. Le crédit d'impôt pour frais médicaux représente une forme de subvention offerte à un segment plutôt limité de la population. Son application soulève bien des interrogations. D'une part, alors que le système de santé doit être accessible gratuitement à tous, 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 d'impôt offert au contribuable.

Une alternative à la situation actuelle consisterait à mettre en place un compte d'épargne santé (CES). 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. 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. 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. 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 faire l'objet d'une plus grande attention de la part des gouvernements au cours des prochaines années.

3.3 L'amélioration de l'équité dans l'offre des services offerts aux personnes handicapées

Le régime public et universel 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 devra s'assurer à l'avenir que certains objectifs relatifs à une plus grande équité soient atteints. Le chemin à parcourir en la matière demeure encore important puisque jusqu'à maintenant, l'État québécois n'a pas été suffisamment actif pour définir de manière compatible avec l'équité les priorités sociales dans la gestion de l'offre des services. Dans cette section,

nous ferons certaines 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.

3.3.1 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. Il s'agit d'une proposition qui possède à nos yeux beaucoup de mérites, même si elle a surtout été mise en pratique jusqu'à maintenant dans les régimes assuranciers 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 réalisation

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.

3.3.2 Deuxième proposition : mieux informer les clientèles des services auxquels elles ont droit par une mise à jour continue des services disponibles

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. Un tel service de « guichet unique » n'existe pas en ce moment mais il faudrait voir à le réaliser dans les meilleurs délais. 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'iniquités très importantes entre les citoyens. Le droit à l'information est une condition préalable à la réalisation de l'équité.

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.

3.3.3 Troisième 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. 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.

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.

3.3.4 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 liés aux déficiences ou 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.

3.3.5 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.

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 elles 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. 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

Puisque le présent chapitre 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 regroupons des commentaires supplémentaires relatifs aux concepts fiscaux qui répondent à cette définition.

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. 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. Les contribuables à haut revenu profitent davantage du crédit puisqu'ils ont les moyens d'investir dans leurs soins de santé ; de plus, aucun plafond ne limite le montant de la dépense admissible qui peut alors englober une dépense à caractère somptuaire.

Par ailleurs, de nombreux litiges sont portés chaque année devant les tribunaux afin de déterminer le droit au crédit. Les coûts et les délais importants qui y sont rattachés peuvent, à bien des égards, engendrer des iniquités importantes. Le recours à un mécanisme d'arbitrage permettrait d'atténuer certaines des difficultés du système judiciaire traditionnel.

En ce qui a trait à la déduction pour frais de préposé aux soins, des précisions devraient être apportées quant à la qualification de la dépense admissible : à l'heure actuelle, ni la loi ni la documentation gouvernementale ne permettent de saisir l'étendue exacte de la terminologie utilisée. De plus, face à la panoplie de mesures fiscales ayant un lien avec cette déduction, le contribuable doit faire des choix qui relèvent de la mathématique avancée et qui nécessitent un soutien technique et informatique auquel tous n'ont pas accès. Dans tous les cas où une personne ayant une déficience mentale ou physique présente des dépenses pouvant donner lieu à une sous-utilisation des bénéfiques fiscaux, l'Agence des douanes et du revenu du Canada devrait, sans même que demande en soit faite, traiter le dossier de façon à les maximiser.

Enfin, en ce qui concerne le crédit d'impôt pour le maintien à domicile, il nous semble que son application devrait être 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

Trois caractéristiques fondamentales sont à retenir des travaux réalisés dans le cadre du mandat qui nous a été confié. 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 et créent des programmes pour répondre à des demandes spécifiques, mais on demeure souvent en attente d'une vue d'ensemble pour apprécier les progrès, ou encore 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.

Annexe – Table des matières du rapport complet

Introduction

1. Mise en contexte
2. Structure et contenu du rapport
3. Cadre et limites de ce travail

PREMIÈRE PARTIE – ÉTAT COMMENTÉ DE LA SITUATION

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

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

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

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

- 2.1 Les victimes d'accidents d'automobile
 - 2.1.1 *Historique*
 - 2.1.2 *Champ d'application*
 - 2.1.3 *Caractéristiques du régime*
- 2.2 Les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles
 - 2.2.1 *Historique*
 - 2.2.2 *Champ d'application*
 - 2.2.3 *Caractéristiques du régime*
- 2.3 Les membres des Forces armées canadiennes
 - 2.3.1 *Historique*
 - 2.3.2 *Champ d'application*
 - 2.3.3 *Caractéristiques du régime*
- 2.4 Conclusion sur les régimes d'indemnisation sans égard à la responsabilité

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

- 3.1 Les victimes d'actes criminels
 - 3.1.1 *Historique*
 - 3.1.2 *Champ d'application*
 - 3.1.3 *Caractéristiques du régime*
- 3.2 Les personnes blessées en accomplissant un acte de civisme
 - 3.2.1 *Historique*
 - 3.2.2 *Champ d'application*
 - 3.2.3 *Caractéristiques du régime*

- 3.3 Les victimes de l'application d'un programme d'immunisation
 - 3.3.1 *Historique*
 - 3.3.2 *Champ d'application*
 - 3.3.3 *Caractéristiques du régime*
- 3.4 Les victimes de l'hépatite C
 - 3.4.1 *Historique*
 - 3.4.2 *Champ d'application*
 - 3.4.3 *Caractéristiques des deux régimes*
- 3.5 Conclusion sur les régimes d'indemnisation fondés sur la solidarité sociale

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

1. Les prestations en espèces

- 1.1 Les rentes d'invalidité offertes aux travailleurs
 - 1.1.1 *La Régie des rentes du Québec*
 - 1.1.2 *Les régimes privés d'assurance*
- 1.2 L'allocation pour les bénéficiaires de l'aide sociale (assistance-emploi)
 - 1.2.1 *Historique*
 - 1.2.2 *Champ d'application et caractéristiques du programme*
- 1.3 L'allocation pour enfants handicapés

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

- 2.1 Ampleur des programmes existants
- 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*
 - 2.2.2 *L'application du programme*
- 2.3 Problèmes posés par le programme en vigueur
 - 2.3.1 *Le problème du financement du régime*
 - 2.3.2 *Le problème du fonctionnement du régime*

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

CHAPITRE 3 – Les mesures fiscales

1. Remarques préliminaires

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

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*
 - 2.1.2 *Champ d'application*
 - 2.1.3 *Calcul du crédit*

- 2.1.4 *Caractéristiques*
- 2.1.5 *Coûts et statistiques*
- 2.2 Le crédit pour personne à charge
 - 2.2.1 *Historique*
 - 2.2.2 *Champ d'application*
 - 2.2.3 *Calcul du crédit*
 - 2.2.4 *Caractéristiques*
 - 2.2.5 *Coûts et statistiques*
- 2.3 Le crédit pour aidant naturel
 - 2.3.1 *Historique*
 - 2.3.2 *Champ d'application*
 - 2.3.3 *Calcul du crédit*
 - 2.3.4 *Caractéristiques*
 - 2.3.5 *Coûts et statistiques*

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
 - 3.1.1 *Historique*
 - 3.1.2 *Champ d'application et commentaires*
 - 3.1.3 *Calcul du crédit*
 - 3.1.4 *Caractéristiques*
 - 3.1.5 *Coûts et statistiques*
- 3.2 Le supplément remboursable pour frais médicaux
 - 3.2.1 *Historique*
 - 3.2.2 *Champ d'application*
 - 3.2.3 *Calcul du supplément*
 - 3.2.4 *Caractéristiques*
 - 3.2.5 *Coûts et statistiques*
- 3.3 Les frais de préposé aux soins
 - 3.3.1 *Historique*
 - 3.3.2 *Champ d'application*
 - 3.3.3 *Calcul de la déduction*
 - 3.3.4 *Caractéristiques*
 - 3.3.5 *Coûts et statistiques*
- 3.4 Le crédit d'impôt pour le maintien à domicile
 - 3.4.1 *Historique*
 - 3.4.2 *Champ d'application*
 - 3.4.3 *Calcul du crédit*
 - 3.4.4 *Coûts et statistiques*

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

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

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

- 1.2 L'interaction entre le régime de droit commun de la responsabilité civile et les régimes de compensation sans égard à la cause
- 1.3 L'interaction entre les régimes étatiques d'indemnisation reliés à la cause et les régimes de compensation sans égard à la cause
- 1.4 L'interaction entre les régimes privés d'assurance portant sur l'invalidité et les régimes publics d'indemnisation

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
- 2.2 L'interaction entre les régimes étatiques d'indemnisation et le régime fiscal
 - 2.2.1 *Le traitement fiscal des indemnités*
 - 2.2.2 *Le déséquilibre quant à l'accès à d'autres mesures fiscales*
- 2.3 L'interaction entre les diverses mesures fiscales offertes aux personnes handicapées

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

DEUXIÈME PARTIE – ANALYSE ET RECOMMANDATIONS

CHAPITRE 1 – Les principes de la compensation équitable

1. Remarques préliminaires sur la compensation

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

2. Remarques préliminaires sur l'équité

- 2.1 Équité verticale et équité horizontale
- 2.2 Équité horizontale intragroupe et intergroupes

3. L'enjeu de l'équité sociale

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

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

- 4.1 Principe I : *Réduire les conséquences physiques, financières et sociales liées aux déficiences et aux incapacités*
- 4.2 Principe II : *Rechercher un équilibre entre l'équité horizontale et l'équité verticale*

- 4.3 Principe III : *Distinguer la logique de la compensation équitable de celle des assurances*
- 4.4 Principe IV : *Reconnaître un droit à la compensation sans égard à la cause ou à la faute*
- 4.5 Principe V : *Répondre aux besoins collectivement reconnus*
- 4.6 Principe VI : *Déterminer la nature ou la forme des transferts en recherchant l'équité, l'efficacité et la simplicité*
- 4.7 Principe VII : *Favoriser la participation sociale et la prise en charge personnelle*
- 4.8 Principe VIII : *Exiger une contribution spéciale des activités ou des styles de vie qui représentent un risque plus élevé*
- 4.9 Principe IX : *Chercher continuellement à améliorer les régimes de base au service de la compensation équitable*
- 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*

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
- 1.2 Caractéristiques socio-économiques
- 1.3 Prévalence du désavantage
- 1.4 Quelques données sur la compensation existant pour les coûts supplémentaires et l'insuffisance du revenu

2. Revue de certains travaux antérieurs sur la compensation équitable

- 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)
- 2.2 Rapports sur l'évaluation et la faisabilité d'un fonds de compensation universel pour les personnes handicapées au Québec (1992-1993)
 - 2.2.1 *Les coûts d'un régime universel de compensation des besoins spéciaux*
 - 2.2.2 *Les modalités de fonctionnement du régime*
- 2.3 Rapport sur la compensation des coûts supplémentaires au Québec (1999)
 - 2.3.1 *L'évaluation générale des modes actuels de compensation*
 - 2.3.2 *Les trois scénarios retenus par le rapport*

CHAPITRE 3 – Évaluation critique de divers scénarios

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

- 1.1 Actualité de la revendication
 - 1.2 Mise en contexte juridique
 - 1.3 Difficultés rencontrées par la mise en place d'un régime universel
 - 1.3.1 *Difficultés d'ordre budgétaire*
 - 1.3.2 *Difficultés éthiques*
 - 1.3.3 *Difficultés politiques et sociales*
- 2. Examen de scénarios se rapprochant d'un régime universel de compensation**
- 2.1 Le modèle néo-zélandais
 - 2.1.1 *Historique*
 - 2.1.2 *Fonctionnement*
 - 2.1.3 *Avantages et inconvénients*
 - 2.2 Le régime universel d'assurance invalidité
 - 2.2.1 *Mise en contexte*
 - 2.2.2 *Application*
 - 2.2.3 *Avantages et inconvénients*
- 3. Fusion des principaux programmes québécois d'assurance**
- 3.1 Les régimes d'indemnisation des accidents d'auto-mobile et des accidents du travail
 - 3.2 Les régimes d'indemnisation sans égard à la cause de l'incapacité

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

- 1. Présentation des principales contraintes**
- 2. Fusion des régimes de compensation fondés sur la solidarité sociale**
- 2.1 Les iniquités inhérentes aux trois régimes publics d'indemnisation
 - 2.1.1 *Les personnes victimes d'un acte criminel*
 - 2.1.2 *Les personnes blessées en se livrant à un acte de civisme*
 - 2.1.3 *Les victimes de l'application d'un programme d'immunisation*
 - 2.1.4 *Critique générale des régimes en vigueur*
 - 2.2 Les iniquités qui résultent du système fiscal
 - 2.2.1 *Les iniquités du crédit d'impôt pour déficience mentale ou physique*
 - 2.2.2 *Les iniquités du crédit d'impôt pour aidant naturel et pour personne à charge*
 - 2.3 Les iniquités de l'allocation supplémentaire pour contraintes sévères à l'emploi
 - 2.4 Les iniquités des prestations destinées aux enfants handicapés
 - 2.5 Les iniquités résultant du cumul des différents programmes
- 3. Création d'une allocation unifiée pour personnes handicapées**
- 3.1 Principe et modalités de versement

- 3.2 Personnes visées et financement disponible
- 3.3 Montant de l'allocation pour personnes handicapées
- 3.4 Autres scénarios possibles de transition
- 3.5 Principaux avantages de l'allocation pour personnes handicapées
- 3.6 L'allocation pour personnes handicapées et la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale
 - 3.6.1 *Mise en contexte*
 - 3.6.2 *Hausse de l'allocation supplémentaire pour contraintes sévères à l'emploi*
 - 3.6.3 *Favoriser l'intégration au travail*

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

- 4.1 Le principe de base : l'universalité
- 4.2 Commentaires particuliers sur les régimes d'indemnisation des accidents du travail et des accidents d'automobile
- 4.3 Conclusion : rechercher l'équité à court terme et agir pour la solidarité à long terme

5. Récapitulation des propositions relatives aux transferts monétaires

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

1. Présentation des principales contraintes

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

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

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

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

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

- 4.1 La création d'une agence autonome : une proposition irréaliste

- 4.2 Première proposition : Mieux évaluer les besoins en mettant en place un plan de services individualisé
- 4.3 Deuxième proposition : mieux informer les clientèles des services auxquels ils ont droit par une mise à jour continue des services disponibles
- 4.4 Troisième proposition : mettre en relation continue les organismes qui dispensent des services
- 4.5 Quatrième proposition : mieux définir les besoins socialement nécessaires
- 4.6 Cinquième proposition : prioriser si nécessaire afin de faciliter l'accès aux services

Conclusion générale

Bibliographie