

MÉMOIRE DU CPQ

Projet de loi 68, *Loi visant principalement à réduire la charge administrative des médecins*

Septembre 2024



PROSPÉRER ENSEMBLE

cpq.qc.ca

Table des matières

Introduction	3
I- Commentaires généraux du CPQ	3
Initiatives des employeurs pour désengorger le système de santé	4
II- Commentaires spécifiques du CPQ sur le projet de loi 68	4
A) Modifications proposées à la <i>Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée</i>	4
Article 29.1 : Interdiction pour les assureurs et administrateurs de régimes d'avantages sociaux d'exiger des services médicaux en lien avec les remboursements et prestations	4
Article 29.2 : Présomption d'exigence d'un service médical par l'assureur ou l'administrateur de régime d'avantages sociaux	7
B) Modifications proposées à la <i>Loi sur les normes du travail</i>	8
Article 79.2 de la <i>Loi sur les normes du travail</i>	8
Article 79.7 de la <i>Loi sur les normes du travail</i>	8
Conclusion	9

Introduction

Le Conseil du patronat du Québec, organisation créée en 1969, est une confédération de près de 100 associations sectorielles et de plusieurs membres corporatifs qui représente les intérêts de plus de 70 000 employeurs, de toutes tailles et de toutes les régions du Québec, issus des secteurs privé et parapublic et de juridiction provinciale et fédérale.

Les employeurs du Québec peuvent compter sur la participation active du CPQ partout où s'élaborent les politiques susceptibles de les affecter, tant au palier municipal, provincial que fédéral. Le CPQ intervient également sur de nombreuses tribunes pour faire entendre la voix des employeurs du Québec et faire reconnaître leur contribution à l'amélioration du niveau et de la qualité de vie des citoyens.

C'est dans ce contexte que le CPQ désire aujourd'hui présenter ses observations et recommandations sur le projet de loi 68, *Loi visant principalement à réduire la charge administrative des médecins* (le « projet de loi 68 »), présenté par M. Jean Boulet, ministre du Travail, le 31 mai 2024, afin de favoriser l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée.

La première partie de notre mémoire présente les commentaires généraux du CPQ à propos du projet de loi, alors que la seconde partie est consacrée à commenter et suggérer des amendements, de façon plus précise, aux principales modifications proposées par le projet de loi 68 ainsi qu'à certains règlements qui en découlent.

Les principales modifications proposées à la *Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée* (chapitre A-2.2) et à la *Loi sur les normes du travail*¹ (ci-après la « LNT ») par le projet de loi 68.

I- Commentaires généraux du CPQ

Le projet de loi 68 a comme objectif notamment, de réduire la charge administrative des médecins et de simplifier l'accès aux services médicaux pour les « assurés ». Le CPQ est conscient de l'importance de l'objectif du projet de loi 68, qui modifie plusieurs lois pour alléger la charge administrative des médecins afin qu'ils consacrent une plus grande partie de leur temps et de leurs efforts à soigner leurs patients, plutôt qu'à remplir des formulaires administratifs. Toutefois, tant les employeurs, les assureurs, les administrateurs de régime d'avantages sociaux que les travailleurs ont besoin d'avoir accès aux médecins traitants afin d'assurer une meilleure santé collective mais également une présence au travail avec assiduité sur une base continue pour maintenir la productivité de nos entreprises à laquelle la population est en droit de s'attendre. Certes, le fait que les médecins aient moins de documents à remplir peut aider à libérer leur temps/patient mais cette mesure ne peut pas avoir comme effet de régler la pénurie importante des médecins au Québec laquelle a une incidence directe sur la présence au travail. Il est d'ailleurs intéressant de lire l'article de Stéphanie Grammond de la Presse à cet effet : [Si on réduisait la pénurie d'enseignants... par l'intérieur.](#)

Le CPQ croit fermement qu'il est dans l'intérêt de tous, y incluant celui de l'économie du Québec, qu'il y ait une collaboration étroite, une fluidité et une communication accessible entre les partenaires du milieu du travail et les médecins traitants. Le seul fait de restreindre l'accès à ces derniers sous peine de recevoir une amende n'est probablement pas la meilleure façon de régler le problème de pénurie de médecins et de travailleurs qui sont en attente de traitement pour pouvoir revenir au travail ou qui sont en attente d'un rendez-vous au Bureau d'évaluation médicale. Toutefois, souhaiter alléger la bureaucratie pour les médecins traitants tout en maintenant l'objectif de partenariat avec ces derniers est certes louable.

¹ RLRQ, c. N-1.1.

Initiatives des employeurs pour désengorger le système de santé

Il est important de souligner que depuis plusieurs années, les employeurs ont déployé plusieurs programmes notamment la mise en place des services aux employés pour aider à désengorger le système de santé en implantant des systèmes de télémédecine. Ces systèmes permettent aux employés de consulter des professionnels de la santé à distance, réduisant ainsi la nécessité de visites en personne et allégeant la pression sur les établissements de santé. En amont, les employeurs ont également mis en place divers programmes de santé et de mieux-être pour aider à la prévention des maladies chroniques, la réduction du stress au travail et des problèmes de santé mentale. Ces initiatives témoignent de l'engagement des employeurs à promouvoir la santé et le bien-être de leurs employés, contribuant ainsi à un système de santé plus efficace et durable. Les employeurs doivent toutefois être en mesure d'assurer une saine gestion de l'invalidité et avoir accès aux médecins traitants des travailleurs lesquels font partie de l'équation.

Cela dit, le CPQ estime que le projet de loi 68 sous étude visant à réduire la charge administrative des médecins nécessite quelques ajustements et qu'un certain encadrement y soit inséré afin d'atteindre l'objectif escompté, sans toutefois nuire à la saine gestion des invalidités et éviter l'augmentation des coûts de l'absentéisme lesquels peuvent être ou devenir faramineux dans certaines circonstances. Il doit y avoir un équilibre pour que les assureurs, les administrateurs de régime d'avantages sociaux et en dernier ressort les employeurs n'assument pas le coût de l'allègement du système de santé. Il faut ainsi s'assurer que les invalidités ne soient pas prolongées indument et que les frais encourus dans le cadre de l'invalidité demeurent contrôlés et raisonnables.

II- Commentaires spécifiques du CPQ sur le projet de loi 68

A) Modifications proposées à la *Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée*

Article 29.1 : Interdiction pour les assureurs et administrateurs de régimes d'avantages sociaux d'exiger des services médicaux en lien avec les remboursements et prestations

Le projet de loi 68 tel que proposé dans sa forme actuelle énonce à l'article 29.1 qu'un assureur ou un administrateur de régime d'avantages sociaux ne peut, même indirectement, exiger d'un assuré, d'un adhérent ou d'un bénéficiaire qu'il reçoive un service médical aux fins suivantes, sauf dans les cas et aux conditions déterminés par règlement du gouvernement.

L'emploi du terme « indirectement » semble superflu puisque l'interdiction est déjà énoncée et la règle de droit très clair dans notre système qui édicte qu'une personne ne peut faire indirectement ce qu'elle ne peut faire directement. Cela alourdi l'article et risque de créer confusion. Au surplus, comment serait interprété le fait qu'une personne assurée se rende elle-même voir son médecin traitant à la suite d'un changement dans son état de santé lequel pourrait donner ouverture à d'autres services prévus par l'assurance ou le régime d'avantages sociaux ?

Les mots « un service médical » ne sont pas définis dans le projet de loi sous étude et risquent d'entraîner des questionnements sur leur portée. L'utilisation d'un terme existant dans une autre loi serait plus compréhensible et éviterait toute confusion. La *Loi sur l'assurance maladie*, (chapitre-A-29) utilise les termes « service assuré » au lieu de « service médical ». La modification proposée vise à rendre le texte plus clair et éviter toute confusion en faisant référence à un terme déjà utilisé dans une autre loi et qui vise exactement le même objectif.

Propositions 1 et 2 du CPQ : Article 5 du projet de loi 68, qui propose l'insertion de l'article 29.1 (premier paragraphe)

Le CPQ recommande de biffer le mot « indirectement ».

Le CPQ recommande de modifier les mots « un service médical » par « qu'il reçoive auprès d'un médecin un service assuré, tel que défini par la *Loi sur l'assurance maladie* (chapitre A-29), qui irait au-delà du suivi médical établi par le médecin traitant et requis par l'état de santé d'un assuré, d'un adhérent ou d'un bénéficiaire ».

Alinéa 1 de l'article 29.1. Obtenir de cet assureur ou de cet administrateur qu'il rembourse ou assume autrement le coût des services d'un intervenant du domaine de la santé ou des services sociaux

Le CPQ est préoccupé par l'absence de contrôle et d'encadrement des services ainsi dispensés par les intervenants du domaine de la santé et des services sociaux alors que la notion « d'intervenants » n'est pas définie dans le projet de loi 68 ni dans le corpus législatif. Il y aurait lieu de préciser davantage la nature des services visés et la personne ainsi autorisée à les dispenser. Cette modification proposée assure un certain contrôle des services qui pourront être offerts alors que le médecin traitant n'aura pas nécessairement pu être consulté sur la nécessité ou le bienfait de ces services. Le CPQ ajoute que puisque le projet de loi 68 fait référence aux termes « administrateur de régime d'avantages sociaux », il y aurait lieu d'uniformiser le texte et de ne pas employer uniquement le terme « administrateurs », par souci de cohérence et de clarté.

Proposition 3 du CPQ : Article 5 du projet de loi 68, qui propose l'insertion de l'article 29.1 (alinéa 1)

Le CPQ recommande d'ajouter les mots « de régime d'avantages sociaux » après le mot « administrateur ». Le CPQ recommande également de modifier les mots « intervenant du domaine de la santé ou des services sociaux » par « professionnel de la santé ou des services sociaux régis par le *Code des professions* (chapitre C-26) et de tout autre intervenant de la santé, déterminé par règlement du gouvernement ».

Alinéa 2 de l'article 29.1. Obtenir de cet assureur ou de cet administrateur qu'il rembourse ou assume autrement le coût d'une aide technique

Le CPQ est préoccupé par l'absence de définition de la notion « d'aide technique ». À défaut de définition et d'encadrement, les risques sont très élevés que les coûts augmentent de façon importante sans qu'il ne soit possible d'aucune façon d'en contester la nécessité et les frais associés. Sur qui reposera la décision à l'effet que « l'aide technique » requise est utile et nécessaire pour le traitement ou la guérison d'un assuré ou d'un bénéficiaire ? Il y aurait lieu d'insérer un certain encadrement en établissant, à tout le moins, les montants qui devront nécessairement faire l'objet d'une demande d'autorisation préalable (ex : les triporteurs) et d'une grille de frais éligibles.

Le CPQ se permet de faire un parallèle avec les services « d'aide technique » que les travailleurs accidentés reçoivent dans le cadre du traitement d'une lésion professionnelle. La CNESST rend des décisions sur l'octroi « d'aide technique » à la suite de l'étude du dossier médical, de la consultation du médecin interne de la CNESST, de la consultation de l'agent en réadaptation et de l'agent d'indemnisation, de l'application de certains barèmes et de grilles de coûts préalablement établis et par suite de l'obtention

des commentaires de l'employeur. Cette décision de la CNESST peut être contestée en révision administrative et au Tribunal administratif du travail qui entend le dossier de novo en dernier ressort. Par conséquent, il existe plusieurs filets de sécurité et de contrôle des coûts et de l'autorisation d'obtenir de « l'aide technique ». Dans le projet de loi sous étude, il n'y a aucun filet de sécurité ni contrôle de la sorte et on enlève également le droit aux assureurs et à l'administrateur de régime d'avantages sociaux d'exiger que la personne assurée consulte son médecin traitant pour avoir une prescription d'aide technique appropriée pour la guérison de la personne assurée.

Le CPQ ajoute que puisque le projet de loi 68 fait référence aux termes « administrateur de régime d'avantages sociaux », il y aurait lieu d'uniformiser le texte et de ne pas employer uniquement le terme « administrateur », par souci de cohérence et de clarté.

Proposition 4 du CPQ : Article 5 du projet de loi 68, qui propose l'insertion de l'article 29.1 (alinéa 2)

Le CPQ recommande d'ajouter les mots « de régime d'avantages sociaux » après le mot « administrateur ». Le CPQ recommande également que les termes « aide technique » soient définis et qu'une grille comportant des barèmes de coûts soit insérée au projet de loi.

Alinéa 3 de l'article 29.1. Maintenir le versement de prestations d'invalidité

Le CPQ considère que, tel que rédigé, ce 3e alinéa de l'article 29.1 va à l'encontre du principe d'assurabilité. En effet, les assureurs et les administrateurs de régime d'avantages sociaux respectent des critères contractuels spécifiques pour évaluer et couvrir les risques. Ils doivent intervenir dans des moments clés afin d'assurer une saine gestion des réclamations. Il est possible qu'en cours de route l'état de l'assuré évolue ou qu'il puisse bénéficier d'un nouveau traitement. Il est contraire à la saine gestion de l'invalidité qu'il soit impossible d'obtenir l'éclairage nécessaire sur l'état de santé d'une personne en invalidité. Il y a une différence importante à faire entre le paiement d'un service ponctuel en cours d'invalidité et le paiement des prestations d'invalidité qui s'étalent sur une longue période pouvant aller jusqu'à plusieurs années.

Pour justifier l'invalidité d'un assuré, un assureur suit un processus rigoureux qui comprend plusieurs étapes clés. Ces étapes permettent de vérifier et d'évaluer l'étendue de l'invalidité afin de déterminer l'éligibilité aux prestations d'assurance.

L'assureur utilise des documents médicaux, des évaluations objectives, et une analyse minutieuse des conditions de la couverture d'assurance pour justifier l'invalidité d'un assuré. Ce processus garantit que les réclamations soient examinées de manière équitable et que les prestations soient versées conformément aux termes du contrat d'assurance.

Plusieurs événements peuvent se produire durant une longue période d'invalidité qui nécessitent, sans aucun doute, un retour vers le médecin traitant qui est celui qui traite et qui établit le plan de traitement de la personne assurée.

À titre d'exemple, il n'est pas rare de voir que lors d'une évaluation en expertise, l'expert fait des recommandations au médecin traitant pour un changement de plan de traitement ou recommande l'essai d'un nouveau médicament. Il arrive souvent de faire face à cette situation notamment pour des dossiers de santé mentale où l'expert, un psychiatre, se prononce et fait des recommandations sur le diagnostic et le plan de traitement de la personne assurée. Le projet de loi interdirait qu'un assureur ou un administrateur de régime exige que la personne assurée retourne voir son médecin traitant pour que ce dernier puisse évaluer si un changement dans le diagnostic ou le plan de traitement soit effectué au profit d'une guérison et d'un retour au travail plus rapide. En présence d'un changement en cours de route de l'invalidité, si le

médecin traitant n'est pas informé de ces événements qui peuvent modifier son opinion médicale et qu'il ne revoit pas son patient en fonction de ce nouvel éclairage, il ne convoquera pas d'emblée son patient pour un rendez-vous. Il est correct de dire que le médecin traitant est le mieux placé pour décider de la fréquence des visites, mais encore faut-il qu'il puisse obtenir toute l'information qui lui permet de rendre une opinion éclairée.

La mise sur pied d'une charte destinée aux médecins traitants pour établir la durée moyenne des absences en fonction des diagnostics posés seraient rassurant pour les assureurs et les administrateurs de régime d'avantages sociaux qui se voient privés, par le projet de loi sous étude, du droit d'exiger l'opinion du médecin traitant à certaines étapes cruciales du processus de l'invalidité.

Proposition 5 du CPQ : Article 5 du projet de loi 68, qui propose l'insertion de l'article 29.1 (alinéa 3)

Le CPQ recommande de biffer l'alinéa 3 ou subsidiairement, d'introduire des exceptions afin qu'il soit possible, dans certaines circonstances, d'exiger que la personne assurée retourne voir son médecin traitant. De plus, le CPQ recommande l'adoption d'une charte destinée aux médecins traitants pour les guider sur la durée moyenne des absences en lien avec les diagnostics posés.

Article 29.2 : Présomption d'exigence d'un service médical par l'assureur ou l'administrateur de régime d'avantages sociaux

Lorsqu'un contrat d'assurance, une attestation d'assurance ou un régime d'avantages sociaux contient une clause permettant à l'assureur ou à l'administrateur de régime d'avantages sociaux d'exiger, contrairement à l'article 29.1, d'un assuré, d'un adhérent ou d'un bénéficiaire qu'il reçoive un service médical, cet assureur ou cet administrateur est réputé avoir exigé un tel service.

Cet article doit être lu en conjonction avec la disposition transitoire de l'article 11 du projet de loi qui prévoit que la clause d'un contrat qui serait contraire à l'article 29.1 « peut être maintenue et opposée à l'assuré, à l'adhérent ou au bénéficiaire jusqu'à la date qui précède celle du renouvellement ou de la prolongation de ce contrat. Elle ne peut cependant être maintenue ni opposée à cet assuré, cet adhérent ou ce bénéficiaire au-delà de la date qui suit d'un an celle de l'entrée en vigueur de cet article. ».

Or, la plupart des contrats d'assurance-collective sont renouvelables aux deux ou trois ans. Le délai d'un an de l'entrée en vigueur prévu dans cette disposition transitoire entraînerait énormément de travail dans un très court délai pour les assureurs pour modifier l'ensemble des contrats d'assurance qui seront présumés en défaut et ce, avant qu'ils ne viennent à échéance. Les assureurs et les administrateurs de régime d'avantages sociaux ont déjà été fortement frappés par les changements législatifs des dernières années, notamment avec l'adoption du projet de loi 25 sur la protection des renseignements et le projet de loi 96 modifiant la Charte de la langue française. Il y a lieu de leur accorder un allègement administratif et permettre que les modifications du projet de loi entrent en vigueur au moment du prochain renouvellement du contrat d'assurance-collective ou du programme d'avantages sociaux.

Proposition 6 du CPQ : Article 11 du projet de loi 68

Le CPQ recommande de biffer la dernière phrase de l'article 11 « Elle ne peut cependant être maintenue ni opposée à cet assuré, cet adhérent ou ce bénéficiaire au-delà de la date qui suit d'un an celle de l'entrée en vigueur de cet article. ».

B) Modifications proposées à la *Loi sur les normes du travail*

Article 79.2 de la *Loi sur les normes du travail*

L'article 79.2 de cette loi est modifié par l'insertion, après le premier alinéa de : « Toutefois, l'employeur ne peut demander le document visé au premier alinéa pour les trois premières périodes d'absence d'une durée de trois journées consécutives ou moins prises annuellement. »

L'article 79.2 de cette loi se lit comme suit : « La personne salariée doit aviser l'employeur le plus tôt possible de son absence et des motifs de celle-ci. L'employeur peut demander à la personne salariée, si les circonstances le justifient eu égard notamment à la durée de l'absence ou au caractère répétitif de celle-ci, de lui fournir un document attestant ces motifs. [...] »

Le projet de loi sous étude interdit ainsi à l'employeur d'exiger un document attestant des motifs d'une absence pour les trois premières absences d'une période de trois journées consécutives ou moins prises annuellement. De plus, cette interdiction s'applique aux employeurs dont les salariés sont régis par la *Loi sur les relations du travail, la formation professionnelle et la gestion de la main-d'œuvre dans l'industrie de la construction*.

Cette modification fait en sorte que même un employé ayant un profil d'absentéisme chronique, par exemple, n'aura plus le fardeau de justifier son absence pour trois périodes de trois jours et moins d'absence (9 jours d'absence possible) sur une période d'une année. Le CPQ considère que cette nouvelle disposition s'apparente à l'octroi d'un congé personnel automatique sans obligation de justification, et dans bien des cas, totalement rémunéré par l'employeur. Plusieurs conventions collectives contiennent des clauses automatiques de terminaison administrative d'emploi après trois jours d'absence sans justification. Est-ce à dire que toutes ces clauses deviendront nulles et non avenues étant donné que l'employeur ne pourrait plus exiger de preuve d'absence pour une période de trois jours ? Cela est un non-sens et enlève le droit aux employeurs de gérer la présence au travail. Il est compréhensible de souhaiter qu'un employé avec un mal de tête, par exemple, ne soit pas tenu d'aller chercher une attestation médicale pour confirmer le diagnostic alors qu'il n'a pas décidé de consulter un médecin pour son problème de santé. Cependant, un employé ayant un profil d'absences élevées et étant à la recherche de gains secondaires, qui a le malheur d'avoir eu toutes les maladies du monde, soit tenu d'aller faire constater son problème de santé par un médecin. Tout est une question de proportionnalité et d'exercice raisonnable du droit de gérance. Une interdiction stricte à cet égard cause un déséquilibre entre l'obligation bien établie en droit du travail pour un employé de fournir une prestation de travail moyennant rémunération et son obligation de justifier son absence et plus particulièrement pour un employé présentant un tableau d'absentéisme excessif.

Proposition 7 du CPQ : Article 8 du projet de loi 68, modifiant l'article 79.2 de la *Loi sur les normes du travail*

Le CPQ recommande de biffer l'article 8 du projet de loi ou subsidiairement d'ajouter à la fin de l'ajout « sauf en cas d'absentéisme excessif ou à caractère répétitif. »

Article 79.7 de la *Loi sur les normes du travail*

L'article 79.7 de cette loi est modifié par l'insertion, à la fin du troisième alinéa, de : «, à l'exception du certificat médical ».

L'article 79.7 de la *Loi sur les normes du travail* stipule que : « Une personne salariée peut s'absenter du travail pendant 10 journées par année pour remplir des obligations reliées à la garde, à la santé ou à

l'éducation de son enfant ou de l'enfant de son conjoint, ou en raison de l'état de santé d'un membre de la famille ou d'une personne pour laquelle la personne salariée agit comme proche aidant, tel qu'attesté par un professionnel œuvrant dans le milieu de la santé et des services sociaux régi par le *Code des professions* (chapitre C-26).

[...]

L'employeur peut demander à la personne salariée, si les circonstances le justifient eu égard notamment à la durée de l'absence, de lui fournir un document attestant des motifs de cette absence. »

Par conséquent, l'employeur n'aura plus la possibilité, même lorsqu'il doute des motifs de l'absence, de requérir un certificat médical. Il est à se demander quels sont les documents que pourrait requérir l'employeur dans les circonstances. Or, tel que mentionné au point précédent, l'employé pourra justifier de 9 jours d'absence sans justification conformément à la modification de l'article 79.2 et à ceci ajoutons 10 jours d'absence pour obligation familiale sans être tenu de fournir une preuve médicale justifiant cette absence. Donc 19 jours d'absence sans justification correspondent à l'octroi de 4 semaines de congés additionnels sans aucun droit de regard sur sa justification. Est-ce à dire que les clauses des conventions collectives qui prévoient la possibilité pour un employeur de requérir un certificat après, par exemple, 5 jours d'absences consécutives deviendront nulles et non avenues ? Le CPQ est d'avis que ces interdictions affectent grandement le droit des employeurs d'exiger une présence et une assiduité au travail et en contrôler les impacts. Sous cet angle, le projet de loi fait payer indûment aux employeurs le coût d'un système de santé défaillant et dépourvu de ressources suffisantes.

Conclusion

Le CPQ soutient les initiatives visant à alléger la charge administrative des médecins. Néanmoins, il est indispensable de mettre en place des mesures de contrôle efficaces pour prévenir tout abus potentiel. En trouvant un équilibre entre la réduction des tâches administratives et la nécessité de maintenir des standards élevés de qualité et de responsabilité, il est possible d'améliorer le système de santé au bénéfice de tous les Québécois. Par ailleurs, il est essentiel de garantir que le droit de gestion des employeurs soit respecté et que les conséquences financières de ces changements soient soigneusement évaluées.

En espérant que ces commentaires et recommandations vous seront utiles, nous vous remercions de l'attention que vous y porterez.

Soyez assurés de l'entière collaboration de l'équipe du CPQ pour toute intervention supplémentaire.



**Karl Blackburn, président et chef de la direction
Conseil du patronat du Québec**

1010, rue Sherbrooke Ouest, bureau 510
Montréal (Québec) H3A 2R7
Téléphone : 514-288-5161
Sans frais au Québec : 1-877-288-5161

Courriel : info@cpq.qc.ca

cpq.qc.ca



PROSPÉRER ENSEMBLE

cpq.qc.ca