



Canadian Life & Health
Insurance Association
Association canadienne des
compagnies d'assurances
de personnes

Mémoire présenté à la
**Commission de l'économie et du travail sur
le projet de loi n° 68, Loi visant
principalement à réduire la charge
administrative des médecins**

Septembre 2024





TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES.....	1
SOMMAIRE	2
QUI NOUS SOMMES	4
SURVOL DES PRINCIPES CLÉS DE L'ASSURANCE COLLECTIVE	4
PROPOSITIONS D'AMENDEMENTS	6
CONCLUSION.....	11



SOMMAIRE

L'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (« ACCAP ») est heureuse d'avoir l'occasion de présenter ses commentaires dans le cadre des consultations sur le projet de loi 68 portant sur la réduction de la charge administrative des médecins.

Les assureurs de personnes sont fortement investis dans la santé et le bien-être des Québécois par le biais des régimes d'avantages sociaux qu'ils offrent. Nos membres partagent l'objectif du gouvernement de réduire la charge administrative des médecins afin de faciliter l'accès des Québécois à un médecin.

Nous estimons que l'allègement du fardeau administratif des médecins fait partie des solutions pour améliorer la performance du réseau de la santé. Depuis les dernières années, l'ACCAP et ses membres ont d'ailleurs mis en œuvre certaines initiatives qui visent à diminuer le fardeau administratif des médecins.

À titre d'exemple, en 2017, l'ACCAP a développé des formulaires standards d'invalidité de courte et de longue durée. Ces formulaires sont acceptés par tous les assureurs de personnes et nous avons recommandé au gouvernement de les intégrer aux dossiers médicaux électroniques (par ex., Dossier de santé numérique) afin qu'ils soient davantage accessibles aux médecins. La Nouvelle-Écosse a d'ailleurs mis en œuvre ce type d'initiative qui a réduit d'environ 70 % le travail du médecin.

De plus, en 2023, les membres de l'ACCAP ont clarifié publiquement qu'une référence du médecin n'est pas une pratique recommandée par l'industrie pour le remboursement d'un service fourni par un praticien paramédical, comme les massothérapeutes, les chiropraticiens, les physiothérapeutes, les psychologues, et les acupuncteurs.

Ces initiatives témoignent de notre engagement envers la réduction de la charge administrative des médecins. C'est notamment pour cette raison que les assureurs appuient les orientations du projet de loi ; un appui que l'ACCAP a manifesté publiquement au printemps dernier. Nous avons offert, par la même occasion, notre pleine collaboration au ministre de la Santé.

Cette collaboration s'est manifestée à travers des rencontres de travail afin de bien comprendre les objectifs du gouvernement et comment ceux-ci peuvent s'arrimer avec la réalité de l'assurance collective. Après une analyse détaillée du projet de loi, nous estimons que la portée du projet de loi est trop large et pourrait involontairement compromettre la viabilité à long terme des régimes d'assurance invalidité au Québec.

Heureusement, nous sommes convaincues que quelques amendements clés assureront l'équilibre entre les objectifs poursuivis par le gouvernement et le maintien de certaines mesures de contrôle afin de limiter une hausse des coûts de l'assurance collective et individuelle.



Voici un résumé des orientations que nous proposons :

- **Professionnels de la santé** - Les assureurs n'exigeront plus de référence du médecin pour couvrir les frais d'autres professionnels de la santé.
- **Aides techniques** - Les assureurs n'exigeront plus de référence du médecin pour la majorité des aides techniques et accepteront les références d'autres professionnels qualifiés.
- **Invalidité** - Les assureurs ne dicteront pas la fréquence des rendez-vous avec le médecin; cela relève des compétences du médecin. Toutefois, les assureurs pourront continuer à communiquer avec les médecins pour obtenir des informations. Ils doivent aussi pouvoir continuer à exiger un rendez-vous médical ponctuel lorsque certains événements précis se produisent.

Le présent mémoire est divisé en deux sections. La première section vise à faire un survol des principes des régimes d'assurance. Dans la deuxième section, nous proposons des amendements au projet de loi qui visent à clarifier certains articles.



QUI NOUS SOMMES

L'ACCAP est l'association professionnelle nationale des assureurs de personnes au Canada. Nos membres représentent 99 % du secteur de l'assurance de personnes au pays. L'industrie offre un large éventail de produits de sécurité financière, comme l'assurance vie, les rentes et l'assurance maladie complémentaire.



Ils protègent **7,3 millions de Québécois**

6,2 millions
ont une assurance maladie
complémentaire (médicaments,
soins dentaires, etc.)

6,4 millions
ont une assurance vie
(protection moyenne de
180 000 \$ par assuré)

2,9 millions
ont une protection du revenu
en cas d'invalidité



Ils versent aux Québécois **24,9 milliards de dollars**

9 milliards
de prestations maladie et
invalidité, dont 3,5 milliards de
prestations d'assurance
médicaments

3,3 milliards
de prestations d'assurance vie

12,6 milliards
sous forme de rentes



Leur contribution fiscale : **2,2 milliards de dollars**

147 millions
en impôt sur le revenu des
sociétés

417 millions
en cotisations sociales +
autres taxes et impôts

569 millions
en taxes sur les primes

1,03 milliard
en taxes de vente perçues



Ils investissent au Québec

171 milliards de dollars
au total,
dont 97 %
à long terme

SURVOL DES PRINCIPES CLÉS DE L'ASSURANCE COLLECTIVE

Assurance collective

Le Québec offre plusieurs programmes sociaux qui prévoient des protections importantes pour les Québécois, notamment en matière de soins de santé, d'invalidité ou en cas d'accidents du travail.

L'assurance collective offerte par les assureurs privés complète ces programmes publics et contribue au mieux-être des personnes en favorisant la prévention et en offrant un accès à une gamme d'avantages sociaux, tels que l'assurance invalidité, l'assurance maladie et l'assurance médicaments. Ceux qui n'ont pas accès à une assurance collective peuvent souscrire une assurance individuelle qui permet d'atteindre bon nombre des mêmes objectifs.



Le rôle principal de l'assurance est de protéger les employés et leurs familles des conséquences financières possibles d'un événement imprévu comme une maladie, un accident ou un décès.

Grâce à l'assurance, plus de 6 millions de Québécois sont protégés financièrement en cas d'accident ou de maladie les empêchant de travailler. Ils ont accès à plusieurs professionnels de la santé comme les psychologues, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et ils obtiennent un remboursement d'équipement médical dont ils ont besoin pour leur santé et rétablissement.

Il est important de rappeler que ces régimes sont entièrement payés par les employeurs et les employés. Afin d'assurer leur pérennité et qu'ils demeurent accessibles au plus grand nombre de Québécois, ceux-ci doivent inclure certaines mesures de contrôles à l'instar des assurances publiques offertes par la CNESST et la SAAQ. De façon générale, ces mesures de contrôle visent aussi à éviter le versement de prestations non prévues au contrat et à réduire les abus ou la fraude. En invalidité, ces mesures visent à faciliter le retour à la santé et le retour au travail sécuritaire d'une personne assurée.

Assurance invalidité

L'assurance invalidité représente un filet de sécurité important pour les Québécois en offrant un remplacement de revenu correspondant à un pourcentage de leur salaire pour une période déterminée. L'assureur se veut un gardien de la pérennité de ce filet de sécurité en maintenant des mesures de contrôle adéquates dans la gestion des invalidités.

Trois principaux acteurs jouent un rôle dans les régimes d'assurance invalidité : l'assureur, le médecin traitant et la personne assurée.

L'assureur est responsable de verser des prestations d'assurance à la **personne assurée** en fonction des modalités contractuelles en collaborant activement avec le **médecin traitant**, et ce, durant la totalité de l'invalidité. L'assureur accompagne également la personne assurée qui est responsable de démontrer son incapacité à effectuer son travail, de participer à son rétablissement et d'adhérer à son traitement.

Cette collaboration entre l'assureur, la personne assurée et le médecin traitant est essentielle. Les assureurs disposent de différents moyens, outils et services afin d'évaluer la situation de la personne assurée et de favoriser son rétablissement. L'objectif de cette collaboration est que la personne puisse retourner au travail de façon sécuritaire, durable et au moment opportun.

Formulaires d'assurance invalidité

Les assureurs sont conscients que les formulaires d'invalidité représentent une charge administrative pour les médecins.

Bien que les assureurs soient prêts à simplifier et numériser ces formulaires, il n'est pas possible d'éliminer complètement les demandes d'information. En fait, il est indispensable que le libellé de l'orientation visant l'invalidité du projet de loi permette aux assureurs de continuer



d'avoir accès à toutes les informations médicales nécessaires pour évaluer la situation de la personne assurée et gérer correctement les demandes de prestations d'invalidité.

Cela est nécessaire pour éviter que le projet de loi augmente involontairement la durée des invalidités et compromettre ainsi la viabilité à long terme des régimes privés d'assurance invalidité au Québec.

À titre d'exemple, nous évaluons que si la durée moyenne de nos invalidités augmentait de deux semaines en raison du projet de loi 68, les conséquences seraient les suivantes :

Coût de 2 semaines additionnelles d'invalidité pour un régime (% des prestations payées) :

Durée d'invalidité	Augmentation des coûts
Courte durée-moyenne actuelle de 55 jours	23.6%
Longue durée-moyenne actuelle de 340 jours	4.3%

Considérant que des prestations de 530 millions ont été versées en invalidité de courte durée en 2022 et de 1,7 milliard en invalidité de longue durée, des augmentations de 23,6% et de 4,3% sont énormes et seront assumées exclusivement par les employeurs et les employés québécois.

PROPOSITIONS D'AMENDEMENTS

Les assureurs sont convaincus que quelques amendements clés au projet de loi assureront l'équilibre entre la réduction de la charge administrative des médecins et le maintien de certaines mesures de contrôle afin de limiter une hausse des coûts de l'assurance collective et individuelle.

1) Invalidité (art. 29.1, paragraphe 3)

Scinder l'article 29.1 du projet de loi

L'article 29.1 du projet de loi est au cœur du projet de loi 68 et vise deux objectifs complètement différents, soit :

- Réduire la quantité de référence médicale requise pour les aides techniques et les services de santé (physiothérapeute, ergothérapeute, massothérapeute, psychologues et autres)
- Réduire la charge administrative des médecins en lien avec l'invalidité

L'assurance maladie complémentaire, qui englobe les aides techniques et les services de santé, et l'assurance invalidité sont des couvertures de nature totalement différentes. En effet, les réclamations en assurance maladie pour des services offerts par des intervenants sont généralement ponctuelles et n'engendrent pas de visites récurrentes chez le médecin traitant.



Toutefois, dans le cas d'une réclamation en invalidité, l'assuré doit être accompagné dans son rétablissement, ce qui implique un suivi médical sur une certaine période et qui exige une collaboration entre les parties, soit la personne assurée, le médecin et l'assureur.

Comme ces deux protections sont de nature complètement différentes, l'ACCAP estime qu'il est important de traiter l'assurance invalidité dans un article séparé de celui qui porte sur les aides techniques et les services de santé.

Revenir à l'intention du projet de loi : « Fréquence des rendez-vous »

Lorsque les ministres de la Santé et du Travail ont présenté les orientations du projet de loi 68 en amont de son dépôt, l'ACCAP a prêté une oreille attentive aux discours des ministres.

En matière d'invalidité, nous comprenons que l'intention du gouvernement est que la fréquence des suivis médicaux d'un patient soit établie uniquement par son médecin et non par un tiers tels un employeur, un assureur ou un administrateur de régime. Cet objectif est d'ailleurs aligné sur le contenu du mémoire public du Conseil des ministres déposé le 27 mai par les ministres de la Santé et du Travail.

L'ACCAP adhère à cet objectif et recommande que le libellé porte clairement sur l'interdiction d'imposer une fréquence de rendez-vous. Cela enverrait un message clair que cette pratique est désormais interdite.

Par ailleurs, nous estimons qu'il est également essentiel d'introduire un paragraphe qui reconnaît qu'un assureur peut, lors de certains moments clés, exiger qu'un rendez-vous médical ait lieu. Par exemple :

- Si l'assureur a des motifs raisonnables de croire que la condition médicale d'un assuré nécessite un suivi médical (par ex., sur la base de nouvelles données, valider l'adhérence au traitement, évaluer la capacité d'un assuré à entreprendre un programme de réadaptation ou de retour au travail), ou
- Si la couverture invalidité de la personne assurée est affectée si un tel suivi n'a pas lieu (par ex., lorsqu'il y a changement de définition en assurance invalidité de longue durée ou encore lorsqu'il y a un retour au travail envisagé).

Prenons un exemple concret. La grande majorité des couvertures d'assurance invalidité de longue durée prévoient généralement un « changement de définition » après 24 mois d'invalidité. Pour les 24 premiers mois d'invalidité, le régime prévoit alors qu'une personne est en invalidité si elle est incapable d'effectuer toutes les tâches essentielles de son emploi habituel. Par la suite, après 24 mois, pour que le versement des prestations se poursuive, une nouvelle définition s'applique, et la personne doit être dans l'incapacité d'effectuer tout autre emploi rémunérateur pour lequel elle est formée ou qualifiée en raison de son éducation ou de son expérience pour être admissible à recevoir des prestations d'invalidité. En préparation à ce changement de définition, les assureurs peuvent offrir



un soutien aux personnes assurées pour favoriser leur rétablissement et leur réintégration sur le marché du travail. Les quelques régimes qui n'ont pas de tels changements de définitions sont exceptionnels et très dispendieux.

Il est à noter qu'environ 1 personne sur 4 n'est plus admissible à recevoir des prestations d'invalidité au-delà du changement de définition d'invalidité. Cette analyse débute plusieurs mois à l'avance. En cours de processus, il est souvent requis, lorsque l'information n'est pas disponible pour l'assureur, qu'un assuré revoie son médecin pour obtenir une mise à jour de sa condition médicale incluant les limitations fonctionnelles qui en découle. Dans ces situations, les assureurs vont demander un formulaire médical ou un questionnaire personnalisé à la situation. Agir en amont du changement de définition permet d'éviter une interruption du versement des prestations si l'assuré remplit toutes les conditions de la définition d'invalidité après le changement de définition.

Dans chacun des cas, le suivi médical vise à permettre une analyse et évaluation adéquate de la demande de prestations d'invalidité de l'assuré et se fait en collaboration avec son médecin traitant. Cela est fondamental afin que les régimes d'invalidité demeurent viables afin de protéger le plus de Québécois possible.

Accès aux renseignements médicaux

Conformément au consentement accordé par la personne assurée et afin d'être en mesure de continuer de gérer de façon proactive les dossiers d'invalidité, nous estimons qu'il est également nécessaire de préciser que le projet de loi ne modifie pas le droit des assureurs d'obtenir les renseignements nécessaires pour les fins du contrat. Le projet de loi doit aussi préciser qu'il n'empêche pas l'assureur d'échanger avec un médecin aux mêmes fins et de cesser de verser des prestations si l'invalidité de la personne assurée n'est pas démontrée.

En résumé, en matière d'invalidité, nous proposons d'introduire certains amendements respectant les principes suivants :

1. Scinder l'article 29.1 afin de créer un article qui porte sur 1) les références médicales pour les aides techniques et les services rendus par un autre intervenant/professionnel de la santé ET un deuxième article qui porte sur 2) l'assurance invalidité.
2. Amender l'article qui porte sur l'invalidité afin de préciser clairement que la détermination de la fréquence des suivis médicaux relève des médecins.
3. Permettre à l'assureur de demander un rendez-vous médical ponctuel dans des cas précis
4. Introduire une disposition dans le texte de loi qui permet aux assureurs de continuer d'échanger de l'information portant sur la situation de l'assuré avec le médecin traitant et d'obtenir une mise à jour au besoin.

2) Aides techniques (art. 29.1, paragraphe 2)

L'industrie appuie l'objectif du gouvernement de dégager les médecins afin qu'ils puissent consacrer plus de temps à leurs patients plutôt que d'émettre des références médicales pour des aides techniques. L'une des façons d'y parvenir passe notamment par l'élargissement des pouvoirs des autres professionnels de la santé régis par le Code des professions, comme le prévoit le projet de loi 67 (*Loi modifiant le Code des professions pour la modernisation du système professionnel et visant l'élargissement de certaines pratiques professionnelles dans le domaine de la santé et des services sociaux*).

Dans cette optique, nous estimons qu'une référence du médecin n'est pas nécessaire dans plusieurs cas. Toutefois, en raison des frais coûteux relatifs aux aides techniques, certaines références rendues par d'autres professionnels de la santé peuvent toujours être nécessaires afin d'établir la nécessité médicale et d'assurer une saine gestion des régimes.

On pense ici aux professionnels de la santé régis par le Code des professions, tels que les ergothérapeutes, les physiothérapeutes ou les psychologues. Il nous apparaît fondamental de s'appuyer sur les expertises des autres professionnels de la santé lorsqu'il est approprié et possible de le faire.

Ainsi, nous recommandons de préciser dans le projet de loi à l'article 29.1 (paragraphe 2) que l'assureur ne peut pas exiger une référence médicale d'un médecin lorsque la nécessité de cette aide technique peut être attestée par un autre professionnel de la santé régi par le Code des professions.

Pour les aides techniques requérant absolument une référence médicale d'un médecin, nous recommandons de les prévoir expressément par règlement comme le propose le projet de loi.

3) Notion de « même indirectement »

Le projet de loi prévoit que l'assureur ne puisse exiger, même indirectement, qu'un assuré, un adhérent ou un bénéficiaire reçoive un service médical auprès d'un médecin.

Nous recommandons d'exclure le terme « même indirectement » afin que l'assureur puisse exiger un rendez-vous médical de façon ponctuel. Par exemple, un tel rendez-vous pourrait être exigé lorsqu'il y a un changement de définition en assurance invalidité de longue durée ou encore lorsqu'il y a un retour au travail envisagé.

De plus, nous estimons que cette notion de « même indirectement » pose un problème dans diverses situations, notamment :

- Dans les situations où l'assuré va, de son plein gré, consulter son médecin lorsque l'assureur exige une référence médicale d'un autre professionnel de la santé (par ex., physiothérapeute) pour le remboursement d'une aide technique.



- Dans les situations où l'assuré n'a pas accès à un autre professionnel de la santé en raison du manque de disponibilité dans sa région, ou qu'il n'est simplement pas suivi par un autre professionnel de la santé.

Nous recommandons donc de retirer la notion de « même indirectement » afin de ne pas inclure ces situations pour placer l'assureur involontairement dans une situation de non-conformité face à la loi.

4) Clarification de certains termes clés

L'ACCAP estime qu'il est essentiel de préciser certains termes clés utilisés dans le cadre du projet de loi afin d'éviter toute confusion.

« Service médical »

Le projet de loi, tel que déposé, présente la notion de « service médical ». Ce terme n'est pas défini par la loi. Ainsi, en raison de l'interprétation large qui peut en être faite, l'ACCAP estime qu'il serait essentiel de remplacer ce terme par « service assuré », tel que défini dans la *Loi sur l'assurance maladie* du Québec.

Le terme « service assuré » est déjà bien compris et utilisé en assurance. Nous notons également que l'article 29.8 du projet de loi fait référence aux coûts payés en vertu de la *Loi sur l'assurance maladie* du Québec, ce qui serait en lien avec les « services assurés ». L'ajout d'un nouveau terme non défini comme « service médical » ajoute de l'incertitude et de la confusion quant à son interprétation.

Étant donné que les assureurs peuvent s'exposer à des sanctions importantes en cas de non-conformité, il est essentiel que les exigences soient définies avec certitude.

De plus, nous estimons que ce terme vise les objectifs du gouvernement puisqu'il capte les rendez-vous médicaux entre les assurés et leurs médecins.

« Intervenants de la santé »

Nous proposons de remplacer le concept d'« intervenant de la santé et des services sociaux » par le terme « professionnel de la santé et des services sociaux ».

En effet, le concept d'« intervenant de la santé » n'est pas défini, ce qui risque de créer de la confusion et de l'incertitude dans son application. Pour remédier à cette problématique, nous proposons d'utiliser la terminologie utilisée définie dans le Code des professions, soit « professionnels de la santé et des services sociaux ».

Cependant, nous sommes conscients que le terme que nous proposons exclut certains intervenants visés par l'intention du gouvernement, comme les massothérapeutes, les ostéopathes ou les naturopathes, par exemple. Pour nous assurer de capter ces intervenants non régis par le Code des professions, nous proposons de les préciser dans le règlement qui accompagnera le projet de loi.



5) *Présomption*

Tel que la loi est présentement rédigée, l'assureur est réputé être non conforme à la loi, et ce, dès sa mise en application s'il n'a pas modifié toute clause qui serait contraire à l'article 29.1.

Nous proposons de renverser cette présomption afin que le contrat d'assurance non modifié soit réputé conforme à la loi. Ce type de présomption positive existe dans d'autres lois, dont l'article 35 de la *Loi sur l'assurance médicaments* (L.R.Q., c., A-29.01).

L'objectif de cet amendement est que les assureurs et les administrateurs de régime n'aient pas à modifier leurs contrats, notamment ceux ayant une portée extraprovinciale, ceux qui sont incorporés à une convention collective ou les contrats d'assurance invalidité individuelle qui ne prévoient aucun renouvellement.

Toutefois, soyons clairs, cet amendement ne permet pas aux assureurs ou aux administrateurs de ne pas se conformer à la loi. La nouvelle loi aurait toujours préséance sur les contrats des assureurs.

6) *Mesures de contrôles*

Le libellé actuel du projet de loi remet à Santé Québec la responsabilité d'exiger la remise d'un rapport de conformité des pratiques d'un assureur ou d'un administrateur de régime d'avantages sociaux aux nouvelles dispositions de la loi.

Pour assurer le respect des dispositions de la loi, l'ACCAP propose de s'inspirer du processus qui a été mis en place entre la Régie de l'assurance maladie du Québec et les assureurs concernant la conformité à la *Loi sur l'assurance médicaments* et d'introduire les amendements suivants :

- Nous proposons que les assureurs déclarent sur une base triennale la conformité de leurs pratiques.
- Nous proposons que la réglementation soit dictée par le gouvernement plutôt que par Santé Québec comme il s'agit de normes de politiques publiques associées au système de santé.

CONCLUSION

L'ACCAP salue l'initiative du gouvernement quant à la réduction de la charge administrative des médecins et vous remercie de nous avoir donné l'occasion de faire part de nos commentaires sur le projet de loi 68 portant sur cette question.

Si vous avez des questions sur le contenu présenté dans ce mémoire ou souhaitez en discuter davantage, n'hésitez pas à communiquer avec Lyne Duhaime, Présidente, ACCAP Québec, et vice-présidente principale, Politiques et réglementation des marchés à l'adresse lduhaime@clhia.ca.