



Alliance québécoise  
des professionnels en santé  
et en services sociaux

CET- 011M  
C.P. – PL 59  
Santé et sécurité  
au travail

13/01/2021

Mémoire de l'Alliance  
québécoise des  
professionnels en santé et  
en services sociaux (AQP3S)  
Projet de loi 59 portant sur la  
modernisation du régime de santé et  
de sécurité du travail

## **NOTRE ORGANISATION**

L'Alliance québécoise des professionnels en santé et en services sociaux (AQP3S) regroupe six associations professionnelles, **soit l'Association des acupuncteurs du Québec, l'Association canadienne des psychoéducateurs et des psychoéducatrices, l'Association des chiropraticiens du Québec, l'Association des psychologues du Québec, l'Association québécoise des ergothérapeutes en pratique privée et la Fédération des cliniques de physiothérapie du Québec.**

L'AQP3S représente ainsi environ 1000 entreprises et de nombreux professionnels indépendants œuvrant dans le domaine des services sociaux et de la santé, partenaires de la CNESST depuis des décennies. Au total, ce sont 6000 professionnels au cœur de l'offre de services aux victimes d'accident du travail ou de lésions professionnelles.

## **NOTRE MISSION**

Ces professionnels sont des acupuncteurs, des chiropraticiens, des ergothérapeutes et techniciens en réadaptation physique, des physiothérapeutes, des psychologues et des psychoéducateurs réunis en associations professionnelles distinctes. Tous sont regroupés au sein d'une Alliance pour les représenter en vue notamment d'apporter des solutions durables à des enjeux communs persistants dans la relation d'affaires qui les lie aux assureurs privés et publics, notamment en l'occurrence la CNESST et dans le but d'améliorer les conditions d'exercice de leur profession dans l'intérêt de leurs patients et de toutes les parties prenantes.

## **NOTRE HISTOIRE**

Nos membres collaborent depuis de nombreuses années avec la CNESST et connaissent en profondeur les paramètres de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP), la loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST) l'application qui en est faite, les avantages et les

inconvenients pour toutes les parties prenantes sous le régime actuel qui date, rappelons-le, de 1985.

Ils suivent avec intérêt le déploiement du plan stratégique de la CNESST, car plusieurs éléments de celui-ci les interpellent directement malgré le fait que les milliers de fournisseurs de services professionnels que nous représentons et qui sont au cœur de l'action n'y apparaissent guère nommément, ni comme partenaires ni comme parties prenantes.

## **NOTRE VISION**

Nous aimons à penser quand même que le développement d'une culture de prévention durable, la recherche d'une expérience optimale pour les clients et mobilisatrice pour le personnel de la CNESST ne s'appuie pas principalement sur la transaction administrative ou bureaucratique entre les accidentés et la CNESST, mais compte d'abord et avant tout sur l'expérience clinique des accidentés dans leur processus de traitement, de soins, de réadaptation pour un retour au travail réussi avec les moindres séquelles. Le cœur de l'enjeu est en effet entre les mains de professionnels de la santé alors que la gestion administrative qui l'entoure devrait y jouer un rôle accessoire de soutien et non l'inverse. **La mesure du succès de notre régime devrait être à notre avis le succès dans « la réparation des lésions professionnelles et des conséquences qu'elles entraînent pour les bénéficiaires » qui est l'objet même de la LATMP et non dans des cibles administratives.**

Nos membres s'intéressent aussi depuis plusieurs années à la prévention en milieu de travail, mais n'y jouent pas un rôle suffisamment important compte tenu du manque d'évolution de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST) depuis 1979 qui ne prévoyait pas leur contribution à cet effet, entre autres aux Comités de santé et sécurité du travail.

Ainsi l'AQP3S, forte de l'appui de ses membres, est heureuse de constater la volonté ministérielle et celle du Gouvernement de moderniser ces lois et leur application. Nous sommes d'avis que cette révision est due depuis plusieurs années et nous souhaitons contribuer positivement à l'actualisation des

dispositions législatives en vigueur et du régime qui en découle dans l'intérêt de toutes les parties prenantes.

## **L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES**

L'évolution des pratiques professionnelles en santé et en services sociaux a été proprement fulgurante au cours des quarante dernières années. Le système des ordres professionnels s'est mis en place à compter de 1974 suite à l'adoption du Code des professions et des lois professionnelles et a fait l'objet de nombreuses mises à jour depuis. Des formations professionnelles collégiales, universitaires de premier, deuxième et troisième cycle se sont développées et le Québec compte aujourd'hui un ensemble de professionnels spécialisés qui n'ont rien à envier dans leurs champs de compétences aux professions médicales et infirmières depuis longtemps reconnues dans leurs champs d'exercices respectifs. En fait, des quarante-six ordres professionnels reconnus par le législateur, plus de la moitié le sont pour différentes professions dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Dans le cas qui nous occupe, l'acupuncture, la chiropratique, l'ergothérapie, la physiothérapie, la psychologie et la psychoéducation sont toutes régies par le système professionnel. Par conséquent, ils ont un ordre professionnel qui leur est propre, responsable de la protection du public et de la qualité des services rendus dans leur champ de compétence. Ces différentes professions constituent aujourd'hui une partie très importante de l'offre de services sociaux et de santé à la population québécoise et toutes les associations que nous représentons sont aujourd'hui au cœur même de l'actualisation des objectifs du régime québécois de santé et sécurité du travail et de la réparation des lésions professionnelles.

Nous sommes d'avis qu'elles peuvent contribuer encore davantage à l'actualisation optimale des grandes orientations stratégiques du régime au bénéfice des personnes assurées par la CNESST, dans la mesure où l'encadrement législatif le prévoit et le favorise.

## LA RECONNAISSANCE DU STATUT DE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Historiquement dans les années 1975-80 lors de la naissance du régime québécois de santé, sécurité du travail et de la LATMP, l'offre de services de base comptait sur le tandem « médecin-infirmière ». Quarante ans plus tard, l'évolution de la science, des pratiques et les données probantes ont démontré que les différents professionnels que nous représentons apportent une contribution majeure et incontestable à la population québécoise en prévention, en traitements, soins et services ainsi qu'en réadaptation.

Il est donc tout à fait normal et légitime que cette notion de « professionnels de la santé » s'étende à tous les professionnels au sens du Code des professions et que la modernisation de la LATMP et de la LSST se fasse en se fondant sur la réalité contemporaine des dites pratiques professionnelles et non sur le système professionnel qui prévalait il y a plus de quatre décennies.

### ADOPTION DE LA LOI 43

L'adoption du projet de loi 43, soit la « Loi modifiant la loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé » est venue poser un jalon important le 17 mars 2020 en ce qui concerne la possibilité de tous les professionnels de la santé de contribuer pleinement à cet objectif d'améliorer l'accès aux services de santé, y compris dans le cadre de la modernisation du régime de santé et sécurité du travail.

Rappelons que la loi 43 modifie l'article 2 de la LATMP pour préciser qu'« **un professionnel de la santé est un professionnel au sens de la Loi sur l'assurance maladie, ainsi que tout autre professionnel au sens du Code des professions et déterminé par règlement de la Commission** ».

De nombreux articles de ladite loi sont aussi modifiés pour ainsi élargir la notion de professionnel de la santé. Nous notons toutefois que ces articles de cette loi ne sont toujours pas proclamés en vigueur. Il nous presse donc au minimum que ces articles entrent en vigueur et que la CNESST s'engage pleinement dans cette valorisation et cette reconnaissance large de tous les **professionnels de la santé** voulue par le législateur dans l'actualisation de sa

mission auprès des travailleurs victimes d'accidents ou de lésions professionnelles et s'engage résolument à moderniser sa conception et ses pratiques quant à la pertinence et la force de l'interdisciplinarité dans la prise en charge de ses bénéficiaires.

En reconnaissant pleinement les capacités professionnelles de tous les professionnels de la santé, selon leur champ de compétence, la loi 43 est l'occasion pour le législateur et la CNESST d'atténuer l'une des singularités du système professionnel de la santé du Québec qui nuit grandement à l'intérêt clinique des patients pris en charge par les assureurs publics du Québec et ajoute des coûts inutiles et irrécupérables à la charge financière collective des employeurs ou des accidentés. Un enjeu important réside dans le fait de ne reconnaître qu'aux médecins le jugement diagnostique qui lie d'ailleurs la CNESST et ce, même dans les domaines où d'autres professionnels ont des compétences reconnues et plus spécialisées.

### **L'EXEMPLE DES PSYCHOLOGUES ET DES CHIROPRACTIENS**

Par exemple, l'Ordre des psychologues du Québec, fort de 5000 psychologues professionnels, a souligné avec vigueur la contribution possible de ceux-ci en matière préventive comme curative dans le domaine de la santé mentale pour peu qu'on leur reconnaisse le pouvoir d'établir un diagnostic au lieu d'une évaluation. Le Collège des médecins lui-même est de plus en plus d'accord pour partager ce pouvoir de diagnostic avec d'autres professionnels de la santé au lieu d'engorger inutilement les bureaux déjà surchargés des médecins. Les coûts systémiques d'une telle façon archaïque de procéder sont sûrement importants, mais les coûts humains et de retard dans le rétablissement des travailleurs et leur retour au travail le sont encore plus.

En 2005, la Cour d'appel du Québec a confirmé le droit pour un chiropraticien de poser un diagnostic sectoriel dans la limite des compétences qui lui ont été attribuées par le législateur. Or malgré le jugement du plus haut tribunal du Québec, malgré le fait que la plupart des provinces canadiennes fournissent un accès direct aux soins chiropratiques sans prescription médicale pour les accidentés du travail et de la route, le Québec reste la

seule province à imposer des délais indus et payer des frais d'examens inutiles qui ne sont pas le moindre dans l'intérêt clinique de l'accidenté.

Aux États-Unis, en Australie, en Suisse et dans un grand nombre de pays européens, les soins chiropratiques sont obtenus sans référence médicale.

Nous pourrions élaborer longuement sur ce sujet au nom de toutes les associations professionnelles que nous représentons et qui interpelle aujourd'hui le ministre du Travail et la CNESST si l'on souhaite vraiment moderniser non seulement le cadre administratif, mais tout autant favoriser l'accès rapide au service clinique le plus approprié cliniquement et financièrement souvent le moins coûteux, le plus efficace.

Mentionnons enfin qu'alors que les médecins du Québec sont débordés, qu'ils acceptent déjà de plus en plus de partager le pouvoir de diagnostic avec d'autres professionnels de la santé dans leur champ de compétence reconnu et valorisent la collaboration interdisciplinaire, il nous semble qu'il est de l'intérêt de toutes les parties de prendre le virage maîtrisé de la pleine reconnaissance de la contribution de tous les professionnels de la santé dans leur champ d'exercices.

### ***Recommandation no 1***

***L'AQP3S recommande que la définition de « professionnel de la santé » inclue toutes les professions reliées à la santé physique et mentale des personnes et reconnues par le législateur en application du Code des professions et que l'article 2 de la LATMP soit clairement modifié en conséquence, et cela sans restriction, c'est-à-dire sans que la CNESST ait à prendre de décision discrétionnaire en la matière.***

## **L'AUTONOMIE ET LA RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE AU BÉNÉFICE DE TOUTES LES PARTIES PRENANTES**

L'AQP3S propose de miser sur l'autonomie et la responsabilité professionnelle de tous les professionnels de nos associations membres

comme levier stratégique pour actualiser les grandes orientations de réforme proposées par le ministre dans son projet de loi ainsi que les priorités stratégiques de la CNESST.

En misant sur l'autonomie professionnelle, le législateur allégera grandement le coût de la bureaucratie administrative construite au cours des dernières décennies pour gérer à la place des professionnels les parcours de traitement et améliorera d'autant la performance clinique globale de nos professionnels dans l'intérêt de toutes les parties prenantes. **Meilleure sera la performance clinique, meilleure sera la qualité de vie du travailleur accidenté, plus rapide sera son retour au travail et moins coûteux à tous égards sera l'épisode clinique.**

Ce changement de paradigme est, de plus, tout à fait cohérent avec les grandes orientations ministérielles annoncées en matière de réforme du régime actuel, notamment en matière de prévention.

*1-Renforcer la prévention et ses mécanismes et développer une culture de prévention durable*

En vue de favoriser le développement d'une véritable culture de prévention durable dans les milieux de travail, l'AQP3S recommande d'enrichir l'objet même de la Loi sur la santé et la sécurité au travail en modifiant son article 2 pour bien préciser la nouvelle vision.

## **Recommandation no 2**

***L'AQP3S recommande que l'article 2 de la LSST se lise comme suit :***

***« La présente loi a pour objet l'atténuation durable des risques pour la santé mentale et physique, la sécurité et l'intégrité physique et mentale des travailleurs en recherchant l'élimination à la source des dangers identifiables.***

***Elle établit les mécanismes de participation des travailleurs et de leurs associations, des employeurs et de leurs associations ainsi que des divers professionnels de la santé à la réalisation de cet objet. »***

L'AQP3S propose également dans le même esprit et en vue de donner un nouvel élan au développement d'une culture contemporaine de prévention durable adaptée à la nature des différents milieux de travail, qu'au moins deux professionnels de la santé appartenant à des ordres professionnels différents, dont un médecin, soient nommés par les Comités de santé et sécurité pour les assister dans leur mandat.

### ***Recommandation no 3***

***L'AQP3S recommande que l'article 78 et les autres articles pertinents de la LSST soient amendés de façon à donner effet à cette proposition d'insérer deux professionnels de la santé dont au moins un médecin au cœur des programmes de santé et de prévention ainsi que dans les comités de santé et sécurité au travail.***

Il appartient aux membres-votants de chaque comité de désigner les professionnels qui leur semblent les plus pertinents pour élaborer le programme de santé, de prévention, de formation et d'information en matière de santé et de sécurité du travail. Ainsi, en plus de nommer le médecin responsable, le Comité de santé et de sécurité nomme au moins un autre professionnel du domaine de la santé et des services sociaux avec mandat de collaborer avec le médecin responsable dans l'élaboration de tout programme de santé ou de prévention soumis au Comité de santé et sécurité du travail.

La loi devrait également prévoir de considérer les dépenses admissibles comme des frais encourus pour la participation de tout professionnel de la santé aux travaux d'une association sectorielle ou d'une mutuelle de prévention en vue d'améliorer la santé et la sécurité du travail par des plans de prévention, des programmes de formation ou d'information adaptés aux différents milieux de travail.

Mentionnons à titre d'exemple le projet pilote de l'Association du camionnage du Québec relatif au syndrome de stress post-traumatique chez les camionneurs en collaboration avec une équipe de recherche du Département de psychologie de l'UQUAM et une entreprise de services de psychoéducateurs spécialisés dans le domaine.

Ainsi, dans l'objectif de développer de nouvelles approches en vue de favoriser des mesures spécifiques de retour au travail avec la moindre séquelle et le moindre risque de chronicisation, l'AQP3S émet la recommandation suivante :

#### *Recommandation no 4*

**L'AQP3S recommande que soit introduite l'obligation pour la CNESST de soutenir financièrement, dans une mesure à déterminer, des projets de recherche appliqués et des projets pilotes conduits par des associations sectorielles ou des mutuelles de prévention.**

2- Assurer un meilleur soutien aux employeurs et aux travailleurs victimes d'une lésion professionnelle

### **LES BONNES PRATIQUES POUR UN RETOUR OPTIMAL AU TRAVAIL DES PERSONNES ACCIDENTÉES DU TRAVAIL OU AYANT SUBI UNE LÉSION PROFESSIONNELLE**

La précocité des interventions requises auprès des personnes ayant des limitations fonctionnelles ou des problèmes de santé mentale est reconnue internationalement comme produisant des bénéfices, tant pour la personne que l'employeur ou l'assureur. En effet, le potentiel de récupération dans de meilleurs délais est plus grand lorsque les services de réadaptation sociale ou professionnelle sont accessibles dès que requis.

De plus, le retour au travail des personnes accidentées du travail ou ayant subi une lésion professionnelle dépend souvent de leurs capacités fonctionnelles à reprendre les activités quotidiennes, avec une charge de

travail similaire. Les assignations temporaires peuvent permettre un retour au travail sécuritaire et plus rapide : toutes les parties prenantes y gagnent!

Toutefois, les règles bureaucratiques actuelles ne favorisent pas une telle fluidité dans le processus de rétablissement du travailleur accidenté. En effet, il y a souvent des délais importants induits par l'attente de l'autorisation du médecin traitant pour autoriser une telle assignation temporaire.

Par exemple, lorsqu'un physiothérapeute juge que son patient pourrait reprendre progressivement le travail selon certaines conditions, il n'est pas légitimé de prendre cette décision puisque celle-ci revient exclusivement au médecin traitant selon la Loi. Or, l'accès aux médecins traitant ou à un médecin spécialiste n'est pas instantané ni sur demande express d'un autre professionnel. L'AQP3S comprend très bien la responsabilité médico-légale qui incombe aux médecins traitants, mais considère qu'il est possible de concilier les deux enjeux.

Nos associations membres ont toutes des positions convergentes en ce qui concerne la promotion de la pleine reconnaissance de l'autonomie professionnelle dont leurs membres devraient jouir en vertu des lois professionnelles qui les gouvernent. Nous souhaitons vivement que l'Assemblée nationale s'inspire des meilleures pratiques professionnelles reconnues au sein de chaque profession et de la reconnaissance de l'autonomie professionnelle dans une approche interdisciplinaire en vue d'actualiser pleinement la contribution de tous les professionnels de la santé aux objectifs de la mise à jour du régime de santé et sécurité du travail.

Si le législateur et le Gouvernement retardent à régulariser complètement certains anachronismes découlant du rôle central médico-légal du médecin, cela ne justifie pas pour autant que l'immobilisme est la seule alternative.

Ainsi, si le législateur décide de garder le médecin responsable d'établir le diagnostic et de prescrire les traitements généraux appropriés et confirmer le retour définitif au travail, **l'AQP3S propose d'introduire minimalement des améliorations pressantes** dans les dispositions législatives régissant la

contribution des différents professionnels de la santé à l'atteinte des objectifs du régime lorsqu'ils ne sont pas habilités à poser un diagnostic.

#### **Recommandation no 5**

***L'AQP3S recommande que soit implanté un mécanisme d'ordonnances médicales collectives, à l'instar de celles qui existent pour certaines délégations d'actes médicaux, permettant à d'autres professionnels de la santé d'autoriser une assignation temporaire en attendant le prochain rendez-vous médical.***

Ce mécanisme devrait faire l'objet d'une entente convenue entre le Collège des médecins du Québec et les ordres professionnels concernés, responsables de la protection du public et de la qualité des soins et services dispensés.

Des critères objectifs, tels le nombre d'années d'expérience et l'attestation de la formation prérequis seraient établis en collaboration entre le Collège des médecins et les ordres professionnels concernés, un peu comme c'est le cas pour la prescription d'examen radiologique par les physiothérapeutes.

En quelque sorte, la responsabilité médico-légale de type « gate keeper » du médecin dans le système québécois serait conservée, mais en reconnaissant la pleine contribution effective des autres professionnels de la santé dans l'exercice de leur autonomie et de leur responsabilité professionnelle on actualiserait les fondements mêmes de l'interdisciplinarité dans le régime québécois de santé et sécurité au travail sous l'empire de la LATMP et de la LSST au bénéfice de tous.

### **DES CADRES DE RÉFÉRENCES CLINIQUES BASÉS SUR LES MEILLEURES PRATIQUES**

L'AQP3S appuie fortement tous les efforts mis de l'avant dans le projet de Loi pour améliorer la prévention primaire et secondaire, au bénéfice du

travailleur, de l'employeur et de l'assureur. En ce sens, l'ouverture effectuée qui permettra aux professionnels de mettre précocement à profit des moyens complémentaires qui, jusqu'à maintenant étaient accessibles seulement lorsque le dossier du travailleur est consolidé constitue une évolution positive que l'AQP3S salue grandement. **Cette amélioration va dans le sens de favoriser une intervention précoce selon le jugement des professionnels en présence : une avancée fondée sur les meilleures pratiques du domaine de la réadaptation et de la santé, physique et mentale.**

L'AQP3S préconise vivement que la CNESST voie son rôle d'assureur public à vocation sociale confirmé clairement. À ce titre d'assureur, nous concevons très bien que la CNESST doive gérer ses risques financiers et viser à l'optimisation de ses programmes et dépenses. Cela est parfaitement compatible avec l'amélioration continue de la performance clinique globale des services et soins dispensés aux travailleurs accidentés.

**Ainsi, des cadres de références, impérativement basés sur des données probantes, établis par des comités d'experts indépendants en collaboration avec les ordres professionnels concernés, devraient être produits rapidement et mis à jour régulièrement.** En développant avec les parties prenantes de tels cadres de références scientifiques selon une approche interdisciplinaire, on actualiserait une approche beaucoup plus efficiente ayant comme assise l'autonomie et la responsabilité professionnelle des cliniciens et l'interdisciplinarité d'une part, et la gestion de ses risques par un assureur public responsable d'autre part; on diminuerait les délais et la bureaucratie administrative et l'on améliorerait l'efficacité clinique globale de nos services et traitements en vue d'un retour au travail rapide et réussi.

Nous portons votre attention sur l'article 212 alinéa 3 de la LATMP portant sur *la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits*. Il est primordial quant à nous que ces notions importantes restent sous prérogatives des ordres professionnels et

d'un comité expert. De notre point de vue, la CNESST ne doit pas se substituer au professionnel de la santé au dossier.

Outre la formalisation de tables de concertation d'experts par discipline ou par grande catégorie de diagnostic, la condition essentielle de la réussite de cette approche est la confiance soutenue entre les parties et la volonté de déployer et de bonifier en continu de tels cadres de référence de manière à élargir l'autonomie professionnelle et l'interdisciplinarité au bénéfice d'une approche clinique plus efficiente dans l'intérêt commun des travailleurs pour leur santé et des employeurs pour optimiser les ressources financières.

Au Québec, par exemple, un comité scientifique de l'Université de Sherbrooke, en collaboration avec le Collège des médecins, l'Ordre des physiothérapeutes et l'Ordre des ergothérapeutes a produit en décembre 2020 un « Énoncé de principes soutenant la prestation de soins et des services offerts aux travailleurs atteints de blessures neuro-musculosquelettiques ». Ces travaux jettent les bases de balises cliniques scientifiques basées sur les données probantes, montrant encore ici la voie à suivre en matière de travail interdisciplinaire efficace et performant tant sur le plan clinique, administratif et financier.

Ailleurs au Canada et dans le monde, il existe de nombreux cas de lignes directrices basées sur les données probantes, de cadres de référence élaborés de manière interdisciplinaire pour soutenir le travail des différents professionnels de la santé. L'amélioration de la performance clinique systémique se fait par une mise en commun de l'expertise et de l'expérience des professionnels et non par des contraintes budgétaires arbitrairement fixées. Des références sont facilement disponibles.

Toute utilisation de balises à des fins de contrôle bureaucratique ou bêtement budgétaires des actes professionnels en ruinerait les fondements et ne générerait que d'autres distorsions qui se produisent quand un assureur se pose en super professionnel en lieu et place du professionnel en face d'un accidenté donné.

**Nous sommes convaincus que la présente réforme doit être l'occasion de mieux circonscrire et départager le rôle d'assureur de la CNESST et celui des cliniciens dans leur pratique professionnelle tout en visant une meilleure performance systémique globale dans l'utilisation des ressources financières.** Il est inefficace et coûteux qu'un assureur, si bien intentionné soit-il, essaie à distance de gérer la pratique clinique de milliers de professionnels formés et encadrés par des ordres professionnels. Il appartient au législateur d'établir clairement les rôles et responsabilités de chacun dans une optique d'efficience et d'efficacité systémiques dans le but ultime d'améliorer la performance du régime en matière administrative, financière et économique certes, mais en misant sur la précocité de l'intervention clinique et l'interdisciplinarité pour un retour au travail réussi pour le travailleur.

Ainsi, un professionnel de santé selon la nouvelle définition de la loi 43 qui dispense un traitement, une intervention ou des soins prescrits par le médecin traitant pourrait en déterminer les modalités, les ajuster dans l'intérêt du travailleur selon son jugement clinique et les balises cliniques reconnues.

Si une intervention interdisciplinaire est requise en vue de favoriser un retour au travail réussi avec moindre séquelle, ce professionnel pourrait recourir à un autre professionnel, toujours en fonction des balises scientifiques reconnues. Tout professionnel de la santé qui dispense un traitement, une intervention ou des soins prescrits par un médecin traitant pourrait y mettre fin s'il estime que ceux-ci ne sont pas ou ne sont plus pertinents cliniquement compte tenu des circonstances.

## **Recommandation no 6**

**L'AQP3S recommande que soient instaurés des cadres de référence cliniques reflétant l'état des meilleures pratiques professionnelles et interdisciplinaires basés sur des recommandations de comités d'experts, sous la responsabilité des ordres professionnels et en collaboration avec les associations professionnelles ainsi que toute autre organisation scientifique concernée (IRSST, INESSS, Centre de recherche, etc.) et que ces derniers lient autant les professionnels traitants que la CNESST.**

Comme mentionné, un professionnel couvert par une ordonnance collective pourrait autoriser l'assignation temporaire d'un travailleur ou son retour progressif au travail lorsqu'il considère qu'une telle décision est dans l'intérêt du travailleur selon les balises cliniques qui le guident dans l'attente d'une décision finale du médecin traitant. Dans tous les cas, il en informerait bien sûr le médecin traitant et le gestionnaire de cas de la CNESST.

Ce sont là des exemples d'amélioration de la performance clinique et systémique recherchée par une plus grande reconnaissance de l'autonomie et de la responsabilité de tous les professionnels de la santé reconnus par le Code des professions et cela dans l'intérêt de toutes les parties prenantes.

### *3- Améliorer l'accès au régime de santé et sécurité du travail*

Dans la recherche par les autorités ministérielles et la CNESST d'améliorer l'expérience des clientèles visées par le régime québécois, l'AQP3S et ses associations membres voient de multiples pistes qui contribueraient à l'atteinte de cet objectif. L'une d'elles a trait à une meilleure utilisation des technologies de l'information.

En vue de favoriser réellement l'intervention précoce, dès que le diagnostic est posé par un professionnel compétent et la référence à un autre professionnel de la santé effectuée, le travailleur doit jouir d'une pré-

autorisation de la CNESST pour débiter sans attendre les traitements jusqu'à ce que l'admissibilité soit confirmée ou infirmée, à l'instar de ce qui est possible, par exemple pour le début des traitements en physiothérapie.

Afin de réduire la bureaucratie et les délais, il est essentiel que la CNESST prenne définitivement le virage numérique, certainement en ce qui concerne ses liens avec les milliers de professionnels fournisseurs de services qui œuvrent dans nos cliniques. Nous favorisons nettement pour ceux-ci la possibilité d'interagir en temps réel avec le personnel de la CNESST sur des heures étendues afin de les tenir au fait en temps réel de l'évolution des décisions cliniques prises ou à prendre dans l'intérêt du travailleur et de toutes les parties prenantes. Un grand nombre d'institutions offrent aujourd'hui le clavardage sécurisé en ligne. Une telle possibilité favoriserait une très grande mobilisation des professionnels et de leurs répondants à la CNESST en vue d'atteindre les priorités stratégiques ministérielles et du Conseil d'administration de la Commission.

#### **Recommandation no 7**

***L'AQP3S recommande que soient simplifiés tous les formulaires utilisés, qu'ils soient validés auprès des utilisateurs et standardisés, que leur accès universel s'effectue par internet en éliminant le fax comme moyen de communication. De plus, l'approbation de tous les formulaires devrait relever ultimement du Conseil d'administration de la CNESST sans devoir obtenir l'approbation du Gouvernement par règlement.***

**Nous favorisons également le partage des données cliniques et financières en temps réel entre la CNESST et les professionnels de la santé dans le respect des normes déontologiques quant à l'autonomie et la responsabilité professionnelle et de la confidentialité des données.** Un tel partage permettrait l'analyse partagée de ces données dans le but de

soutenir la recherche et le développement des meilleures pratiques en plus de diminuer les délais de communications de façon considérable.

#### ***Recommandation no 8***

***L'AQP3S recommande que la CNESTT prenne un virage numérique et partage les données clinico-administratives pertinentes avec les fournisseurs de services.***

#### ***4- Améliorer le fonctionnement du régime de santé et de sécurité***

Une approche basée sur la mise en valeur de l'autonomie de tous les professionnels de la santé dans la limite de leur compétence légalement reconnue plutôt que les contrôles bureaucratiques a priori est une voie d'avenir avantageuse pour toutes les parties prenantes. L'accessibilité aux services en ligne et en temps réel constitue aujourd'hui un atout technologique absolument indéniable pour l'amélioration de la performance et du fonctionnement du régime de santé et sécurité et la réforme du régime. Ceci devrait être un outil prioritairement développé pour les prochaines décennies.

L'autonomie professionnelle va de pair avec le respect des lois, des guides de pratique professionnelle, les données probantes, les bonnes pratiques et tout autre encadrement professionnel des Ordres professionnels et de cadres de référence dont peuvent convenir la CNESTT et un ou des Ordres professionnels. Notre Alliance préconise d'ailleurs tout autant la responsabilité professionnelle, le respect de normes déontologiques strictes et des règles claires, convenues, administrées uniformément, et qui encadrent la prestation de services aux assurés de la CNESTT que l'autonomie professionnelle.

Dans ce contexte, l'AQP3S ne comprend aucunement l'objectif visé par l'introduction d'un nouveau chapitre intitulé « Fournisseurs » aux articles

280.1 et suivant de la LATMP pour mettre en place un système dit « d'autorisation des fournisseurs ». Ce système s'appliquerait aux quelques dizaines de milliers de professionnels de la santé susceptibles d'être choisis par un travailleur accidenté et vient à notre avis en parfaite contradiction avec des principes fondamentaux du régime et de la saine administration.

Premièrement, il est pertinent de rappeler que le système actuel fonctionne depuis des décennies sans un tel système d'autorisation, mais simplement par l'obtention d'un numéro de fournisseur pour tout professionnel de la santé membre en règle de son ordre. Nous n'avons connaissance d'aucune difficulté administrative signalée, ni de contrôle de la qualité des actes professionnels résultant de la pratique très simple actuellement en vigueur.

**La proposition de mise en place d'un système bureaucratique d'autorisation vient en flagrant conflit avec la liberté de choix de son professionnel pour les accidentés, l'accès rapide et sans délai au professionnel de son choix et à l'autorité des ordres professionnels en matière de contrôle de la qualité des actes professionnels.**

**Nous rejetons vivement cette approche bureaucratique pour régler un problème qui n'existe pas.**

Si à l'occasion un fournisseur manque à ses obligations déontologiques à la connaissance de la CNESST, il est de la responsabilité de celle-ci de porter plainte à l'ordre professionnel concerné.

S'il s'agit d'un manquement aux règles administratives publiées par la CNESST et applicables à tous les fournisseurs, des sanctions administratives calibrées et appliquées en suivant les règles d'équité procédurales prévues par la Cour Suprême et insérées à l'article 5 de la Loi sur la justice administrative du Québec peuvent s'appliquer.

Rappelons l'essentiel des règles de justice naturelle applicables en matière d'équité procédurale : 1-Le fournisseur devrait d'abord recevoir un avis l'informant clairement du manquement reproché avec la documentation appropriée et une demande de se conformer aux règles dans un délai prescrit devrait lui être adressé. 2- Le fournisseur devrait avoir l'occasion de présenter les éléments qu'il désire soumettre à la considération du décideur dans un délai raisonnable. 3- Le mécanisme décisionnel conduisant au retrait d'un fournisseur de la liste des fournisseurs de la CNESST pour une période déterminée ou indéfinie doit être impartial et indépendant à l'intérieur de la CNESST et les sanctions doivent être progressives et proportionnelles à l'importance des manquements administratifs ou déontologiques.

#### **Recommandation no 9**

***L'AQP3S recommande le retrait du Chapitre VIII.1 du projet de loi, le maintien du système actuel d'obtention simple d'un numéro de fournisseur et l'établissement de règles basées sur l'équité procédurale prévue par la jurisprudence et la Loi sur la justice administrative du Québec pour le traitement et la sanction éventuelle des manquements administratifs des fournisseurs à toutes les étapes du processus.***

***De plus, l'AQP3S recommande que la CNESST assume ses responsabilités dans le signalement aux ordres professionnels concernés de tout manquement aux obligations déontologiques et professionnelles de tout professionnel de la santé.***

#### ***5-Répondre à certains enjeux liés à la santé psychologique***

L'AQP3S a déjà mentionné plus haut que la LSST devrait prévoir spécifiquement s'adresser autant aux enjeux de santé mentale ou psychologique en milieu de travail.

À cette fin, nous considérons que des efforts financiers de la CNESST devraient être canalisés au cours de la prochaine décennie via les associations sectorielles et les mutuelles de prévention pour favoriser le développement d'approches préventives novatrices et adaptées aux différents types de milieux de travail. Les approches préventives dans un environnement manufacturier, le transport, le développement de jeux vidéo et la production agricole ont tous, à titre d'exemple des réalités très différentes, mais présentent tous des risques spécifiques tant en matière de santé physique que psychologique.

**La participation des professionnels de la santé mentale ou psychologique peut donner une impulsion très positive sur les milieux de travail en amont des problèmes si leur contribution est encouragée dans les Comités de santé et sécurité du travail, dans l'élaboration des programmes de prévention.** Ce sujet, encore trop souvent tabou, de la santé mentale engendre des coûts importants sur les milieux de travail en amont de tout accident de travail ou lésion professionnelle. Il importe donc que les différents programmes de prévention s'intéressent à cette dimension de la vie au travail et que les professionnels de ce domaine soient associés à la préparation desdits programmes de prévention.

Les secteurs d'activités où l'adoption de programmes de prévention est obligatoire devraient être élargis et adaptés autant aux besoins des travailleurs en ce qui concerne la santé mentale que la santé physique. Mentionnons à titre d'exemple le secteur de la santé et des services sociaux qui connaît aujourd'hui des taux d'absentéisme record, notamment en raison de motifs de santé psychologique. Celui-ci devrait être considéré parmi les secteurs prioritaires.

Enfin, il importe que soit reconnu l'impact de l'incapacité du travail sur la condition psychologique des travailleurs accidentés. Cet aspect est souvent peu ou pas pris en charge actuellement en raison des contraintes légales et administratives du régime. Nous avons recommandé plus haut que tout professionnel de la santé qui dispense un traitement, une intervention ou des soins prescrits par un médecin traitant puisse recourir à un autre

professionnel de la santé non médecin dans la mesure où cette recommandation fait partie de son champ de compétence et est faite conformément aux balises cliniques reconnues.

Ainsi, une intervention interdisciplinaire peut être requise en vue de favoriser un retour au travail réussi avec moindre séquelle pour le travailleur et dans les délais optimaux. À notre avis, c'est en facilitant une telle approche biopsychosociale que nous pourrions favoriser pleinement le soutien au travailleur accidenté pour un retour au travail réussi, rapide, au moindre coût, avec la moindre séquelle et le moindre risque de chronicisation.

#### *Recommandation no 10*

***L'AQP3S recommande donc que soient renforcées les approches préventives en matière de santé psychologique en milieu de travail en favorisant la contribution en amont des différents professionnels pertinents.***

### **UN RÉGIME DE NÉGOCIATION D'ENTENTES POUR UN PARTENARIAT RENOUVELÉ**

Le deuxième grand thème de notre mémoire concerne la négociation des tarifs payés par la CNESST aux quelque 1000 entreprises et 6000 fournisseurs de services regroupés en 6 associations sectorielles au sein de l'Alliance qu'elles ont constituée.

**Les législateurs doivent réaliser qu'il n'y a présentement aucun mécanisme ni régime de négociation prévu dans la loi pour convenir d'ententes au sujet des tarifs payés par la CNESST aux acupuncteurs, chiropraticiens, ergothérapeutes, physiothérapeutes, techniciens en réadaptation physique, psychologues et psychoéducateurs.**

Il n'existe non plus aucun mécanisme légal, aucun consensus sur la façon de déterminer le juste prix ou le vrai prix de marché des services, soins et

traitements que les 6000 professionnels de nos 1000 entreprises dispensent aux assurés de la CNESST.

Celle-ci a tenu au fil des ans des consultations, de façon très irrégulière avec nos associations membres, mais ces consultations n'ont conduit qu'à une accumulation de frustrations devant la façon arbitraire de la CNESST de proposer des tarifs au Conseil des ministres dans le cadre du règlement sur l'assistance médicale. Tant le processus de détermination de ces tarifs que la valeur de ceux-ci sont très questionnables et méritent d'être revus.

Les membres de l'AQP3S ont la perception que les augmentations de tarif consenties au fil des ans le sont sur une base strictement de cible budgétaire sans égard à la valeur réelle de leur prestation de services et sans nécessairement tenir compte des besoins des accidentés avec des reproches à peine voilés à propos de prétendues cliniques ou professionnels déviants contre lesquelles la CNESST néglige d'agir.

De leur côté, les gouvernements successifs se sont désintéressés de cet enjeu d'équité envers nos membres, mais également des effets pervers d'un tel système de sous paiement systématique pratiqué par la CNESST pour les services et les traitements offerts aux accidentés du travail.

**Cette façon de faire est discriminatoire, car la loi prévoit spécifiquement à l'article 195 LATMP la conclusion d'entente entre la CNESST et le ministre de la Santé et des Services sociaux pour les modalités de dispensation et les montants payables aux établissements par la CNESST pour les services rendus.** Ces ententes sont basées sur une méthode dite du « juste prix » en vue d'éviter que les établissements ne soient indirectement forcés de subventionner la CNESST pour le coût des services rendus. Ce principe du juste prix a été établi alors que les établissements de réadaptation constituaient une catégorie d'établissements autonomes réunis au sein d'une même association.

Il nous apparaît absolument légitime que les 6,000 professionnels fournisseurs de service aux accidentés du travail ou victimes de lésions professionnelles aient droit à des tarifs convenus dans le cadre d'entente,

selon une méthodologie reconnue, transparente en vue de payer un juste prix pour les services rendus.

### ***Recommandation no 11***

***L'AQP3S recommande l'abandon complet de l'approche d'un Règlement sur l'assistance médicale qui régit actuellement la contribution des intervenants du réseau privé offrant des soins, traitements et services professionnels prodigués par les professionnels que nous représentons.***

Cette approche réglementaire est unilatérale, arbitraire, extrêmement lourde, inefficace, coûteuse sur le plan administratif par sa rigidité et crée depuis de nombreuses années une insatisfaction généralisée chez tous nos membres qui en voient tous les jours les inconvénients pour les bénéficiaires et pour eux-mêmes.

### ***Recommandation no 12***

***L'AQP3S recommande que ce régime de décret par règlement du Conseil des ministres soit remplacé par une disposition législative confiant au Conseil d'administration de la CNESST la responsabilité de convenir par négociation d'ententes en matière tarifaire avec les Associations représentatives des professionnels aujourd'hui assujettis au Règlement sur l'assistance médicale.***

Ces ententes de portée générale ou sectorielle, devraient porter, en plus des sujets actuellement couverts par ledit règlement, sur les matières suivantes: les tarifs et les méthodes d'établissement de leur juste prix, l'indexation ou

ajustements annuels de ceux-ci et les conditions générales d'exercice de la pratique professionnelle.

Le droit à la négociation est un droit fondamental et nos membres n'acceptent plus que leurs tarifs soient décrétés arbitrairement sans base analytique reconnue et gelés pendant des années voire une décennie. **L'annexe A du présent mémoire fait état sommairement de l'évolution des tarifs décrétés au cours des douze dernières années et démontre clairement le caractère pour le moins arbitraire et inapproprié de l'évolution des principaux tarifs par profession, ceux-ci ayant été ajustés en moyenne à tous les 8 ans et jamais indexés au cours des 12 dernières années.**

### **Recommandation no 13**

***L'AQP3S recommande formellement que le législateur adopte des dispositions législatives qui diraient substantiellement :***

***« Les professionnels de la santé autres que médecins dont la rémunération est autrement déterminée ont droit à un juste prix indexé pour les services professionnels rendus dans le cadre de l'application de la LATMP ou de la LSST. Le juste prix est déterminé sur la base d'une méthodologie convenue entre la CNESST et une ou des associations représentatives et permettant l'établissement d'un coût unitaire complet d'un traitement, d'un soin ou d'un service ainsi que sur des analyses indépendantes annuelles des prix de marché observés.***

***La CNESST négocie avec une ou des associations représentatives les différents tarifs applicables pour une ou plusieurs années aux professionnels concernés et peut signer des ententes à cet effet pour des périodes d'une à trois années.***

***La CNESST publie annuellement le résultat de l'application de la méthode du juste prix pour le coût unitaire complet et les résultats des analyses de marché effectuées par des firmes indépendantes.***

***En cas d'incapacité de s'entendre avec une ou les associations représentatives avant la fin de chaque année budgétaire, la CNESST achemine au ministre du Travail le résultat des négociations et sa recommandation. Le ministre fait rapport au Conseil des ministres qui fixe les tarifs pour la période concernée ».***

## LA CNESST EST UN ASSUREUR PUBLIC À VOCATION SOCIALE

En conclusion, nous soutenons que la CNESST doit conserver au cœur de sa mission sa spécificité d'assureur social qui « a pour objet la réparation des lésions professionnelles et des conséquences qu'elles entraînent pour les bénéficiaires. », énoncé à l'article 1 de sa loi constitutive.

Afin d'actualiser cette mission il est essentiel que le législateur profite de l'occasion pour optimiser la contribution des milliers de professionnels spécialisés qui œuvrent dans les cliniques privées de nos membres et qui sont au cœur de la mission réparatrice, de prévention et du bien-être des travailleurs du Québec. Le régime de santé et sécurité de l'avenir ne peut pas être basé sur des contrôles bureaucratiques à priori, ni sur une croyance ancienne que le médecin connaît tout et mieux que toutes les autres professions de la santé. Il ne peut pas non plus être basé sur de la soustraction à rabais vers les cliniques de professionnels de la santé que nous représentons en exigeant des escomptes de volume comme le ferait un assureur automobile faisant affaire avec un atelier de débosselage.

Les objectifs connus de viser un retour rapide au travail réussi avec moindre séquelle pour le travailleur accidenté et la non-chronicisation de son état sont entièrement partagés par l'AQP3S. Nous souhaitons y contribuer dans le futur et encore davantage que par le passé en adoptant des approches légales et administratives adaptées au 21e siècle.

Pour ce faire, l'AQP3S croit qu'il faut fortement mobiliser les professionnels qui fournissent des services de qualité aux accidentés du travail : ils sont la clé de voûte de cette volonté. Nous sommes convaincus que le respect de l'autonomie professionnelle, l'actualisation du rôle de la CNESST comme un assureur social selon l'article 1 de la loi et non comme un gestionnaire clinique, le déploiement de services numériques en temps réel, le partage sécurisé des données clinico-financières entre partenaires liés par les mêmes objectifs et une juste détermination des tarifs par la négociation sont des

principes fondateurs pour les prochaines décennies du régime de santé et sécurité du travail.

La science, les professions, les pratiques, les guides de pratique, les données probantes, les technologies médicales, d'information, etc. ont énormément évolué depuis l'adoption de la loi de 1985. La nouvelle loi doit tenir compte pleinement de ces évolutions et favoriser la contribution des professionnels que nous représentons à l'intérieur du périmètre opérationnel de la CNESST et non plus comme de simples sous-traitants à bas coût soumis à de la microgestion.

Voilà pourquoi nous favorisons l'utilisation et le partage optimal des données clinico-financières pour continuer d'améliorer ensemble les pratiques cliniques dans l'intérêt de toutes les parties prenantes. À quoi bon un assureur public pour des bénéficiaires du régime actuel si les pratiques sont celles d'un assureur privé dont l'approche est à toutes fins pratiques basée strictement sur la gestion d'un risque financier, sans égard à la qualité et la pertinence des services reçus par ses assurés.

Enfin pour l'AQP3S, le droit à la négociation est un droit fondamental et nos membres n'acceptent plus que leurs tarifs soient décrétés arbitrairement sans base analytique reconnue et gelés pendant des années voire une décennie. Nous sommes déterminés à obtenir la reconnaissance de notre droit à la négociation de nos tarifs et de nos conditions générales de pratiques professionnelles. Nous avons une grande ouverture d'esprit quant au processus à mettre en place pour actualiser cette attente, mais les 1000 entreprises et 6,000 fournisseurs que nous représentons n'acceptent plus le traitement injuste et inéquitable qui prévaut depuis trop d'années et les prive du droit fondamental de négocier avec un mandataire de l'état.

Nous comptons sur la présente commission parlementaire pour donner le signal qu'une nouvelle ère de partenariat commencera avec ce projet de loi pour une saine collaboration entre la CNESST et ses milliers de professionnels au cœur de sa mission réparatrice et préventive pour les travailleurs du Québec.

## ANNEXE A

### Évolution des tarifs de la CNESST de 2008 à 2020 selon le Règlement sur l'assistance médicale

Professionnels	Acupuncteur	Chiropraticien	Ergothérapeute	Physiothérapeute	Psychoéducateur	Psychologue
<b>Année</b>						
2008	<b>27\$</b>	32\$	36\$	35\$	65\$	65\$
2009				36\$		
2010						
2011					86,60\$	86,60\$
2012						
2013						
2014						
2015						
2016						
2017						
2018			46\$	42\$		
2019	36\$				94,50\$	94,50\$
2020	54\$	40,80\$		47\$		

## ANNEXE B

### Recommandations

No	
1	<p>Considérant l'importance de miser sur la contribution de tous les professionnels dans leurs champs de pratique respectifs et l'évolution positive prévue en ce sens dans la Loi 43 qui modifie l'article 2 de la LATMP pour préciser qu'« un professionnel de la santé est un professionnel au sens de la Loi sur l'assurance maladie, ainsi que tout autre professionnel au sens du Code des professions et déterminé par règlement de la Commission »</p> <p><b><i>L'AQP3S recommande que la définition de « professionnel de la santé » inclue toutes les professions reliées à la santé physique et mentale des personnes et reconnues par le législateur en application du Code des professions et que l'article 2 de la LATMP soit clairement modifié en conséquence, et cela sans restriction, c'est-à-dire sans que la CNESST ait à prendre de décision discrétionnaire en la matière.</i></b></p>
2	<p>Considérant la volonté gouvernementale d'améliorer la prévention et l'appui de l'AQP3S à cet égard,</p> <p><b><i>L'AQP3S recommande que l'article 2 de la LSST se lise comme suit :</i></b> <b><i>« La présente loi a pour objet l'atténuation durable des risques pour la santé mentale et physique, la sécurité et l'intégrité physique et mentale des travailleurs en recherchant l'élimination à la source des dangers identifiables.</i></b> <b><i>Elle établit les mécanismes de participation des travailleurs et de leurs associations, des employeurs et de leurs associations ainsi que des divers professionnels de la santé à la réalisation de cet objet. »</i></b></p>
3	<p>Considérant la richesse des expertises complémentaires des différents professionnels et la valeur ajoutée à ce qu'ils puissent les mettre à profit en matière de prévention des accidents de travail sur le terrain,</p> <p><b><i>L'AQP3S recommande que l'article 78 et les autres articles pertinents de la LSST soient amendés de façon à donner effet à la proposition d'insérer deux professionnels de la santé dont au moins un médecin au</i></b></p>

- cœur des programmes de santé et de prévention ainsi que dans les comités de santé et sécurité au travail.**
- 4 Considérant l'objectif partagé de développer de nouvelles approches en vue de favoriser des mesures spécifiques de retour au travail avec la moindre séquelle et le moindre risque de chronicisation,  
**L'AQP3S recommande que soit introduite l'obligation pour la CNESST de soutenir financièrement, dans une mesure à déterminer, des projets de recherche appliqués et des projets pilotes conduits par des associations sectorielles ou des mutuelles de prévention.**
- 5 Considérant que le retour au travail des personnes accidentées du travail dépend souvent de leurs capacités fonctionnelles à reprendre les activités quotidiennes, avec une charge de travail similaire et que la précocité du retour au travail est gage de succès de la réinsertion professionnelle à long terme,  
**L'AQP3S recommande que soit implanté un mécanisme d'ordonnances médicales collectives, à l'instar de celles qui existent pour certaines délégations d'actes médicaux, permettant à d'autres professionnels de la santé d'autoriser une assignation temporaire en attendant le prochain rendez-vous médical.**
- 6 Considérant les responsabilités incombant aux professionnels régis par le Code des professions et l'importance de baser l'offre de services aux personnes accidentées du travail sur les meilleures pratiques, reconnues scientifiquement,  
**L'AQP3S recommande que soient instaurés des cadres de référence cliniques reflétant l'état des meilleures pratiques professionnelles et interdisciplinaires basés sur des recommandations de comités d'experts, sous la responsabilité des ordres professionnels et en collaboration avec les associations professionnelles ainsi que toute autre organisation scientifique concernée (IRSST, INESSS, Centre de recherche, etc.) et que ces derniers lient autant les professionnels traitants que la CNESST.**
- 7 Considérant la volonté partagée et l'objectif de réduire la lourdeur administrative des processus transactionnels entre, notamment, la CNESST et les fournisseurs de services,  
**L'AQP3S recommande que soient simplifiés tous les formulaires utilisés, qu'ils soient validés auprès des utilisateurs et standardisés, que leur accès universel s'effectue par internet en éliminant le fax comme moyen de**

- communication. De plus, l'approbation de tous les formulaires devrait relever ultimement du Conseil d'administration de la CNESST sans devoir obtenir l'approbation du Gouvernement par règlement.
- 8 Considérant la volonté partagée et l'objectif de prendre les moyens pour améliorer le fonctionnement et la performance du régime,  
**L'AQP3S recommande que la CNESST prenne un virage numérique et partage les données clinico-administratives pertinentes avec les fournisseurs de services.**
- 9 Considérant l'ajout inutile et abusif d'un système bureaucratique d'autorisation des fournisseurs de services et que celui-ci se trouve en flagrant conflit avec la liberté de choix de son professionnel pour les accidentés, l'accès rapide et sans délai au professionnel de son choix et à l'autorité des ordres professionnels en matière de contrôle de la qualité des actes professionnels,  
**L'AQP3S recommande le retrait du Chapitre VIII.1 du projet de loi, le maintien du système actuel d'obtention simple d'un numéro de fournisseur et l'établissement de règles basées sur l'équité procédurale prévue par la jurisprudence et la Loi sur la justice administrative du Québec pour le traitement et la sanction éventuelle des manquements administratifs des fournisseurs à toutes les étapes du processus.**  
**De plus, l'AQP3S recommande que la CNESST assume ses responsabilités dans le signalement aux ordres professionnels concernés de tout manquement aux obligations déontologiques et professionnelles de tout professionnel de la santé.**
- 10 Considérant l'enjeu des problèmes de santé mentale au Québec et l'importance de la prévention ainsi que de l'intervention précoce adaptée aux différents milieux de travail,  
**L'AQP3S recommande que soient renforcées les approches préventives en matière de santé psychologique en milieu de travail en favorisant la contribution en amont des différents professionnels pertinents.**
- 11 Considérant l'absence de mécanisme formel de négociation prévu dans la loi pour convenir d'ententes au sujet des tarifs payés par la CNESST aux fournisseurs de services du secteur privé, et qu'il n'existe non plus aucun mécanisme légal, aucun consensus sur la façon de déterminer le juste prix de ces services,

**L'AQP3S recommande l'abandon complet de l'approche d'un Règlement sur l'assistance médicale qui régit actuellement la contribution des intervenants du réseau privé offrant des soins, traitements et services professionnels prodigués par les professionnels que nous représentons.**

12 Considérant le caractère unilatéral, arbitraire, inefficace, lourd et coûteux de l'approche règlementaire actuelle,

**L'AQP3S recommande que ce régime de décret par règlement du Conseil des ministres soit remplacé par une disposition législative confiant au Conseil d'administration de la CNESST la responsabilité de convenir par négociation d'ententes en matière tarifaire avec les Associations représentatives des professionnels aujourd'hui assujettis au Règlement sur l'assistance médicale.**

13 Considérant que le droit à la négociation est un droit fondamental et que les membres de l'AQP3S n'acceptent plus que leurs tarifs soient décrétés arbitrairement, ajustés en moyenne à tous les 8 ans et jamais indexés au cours des 12 dernières années,

**L'AQP3S recommande que le législateur adopte des dispositions législatives qui stipuleraient substantiellement :**

**« Les professionnels de la santé autres que médecins dont la rémunération est autrement déterminée ont droit à un juste prix indexé pour les services professionnels rendus dans le cadre de l'application de la LATMP ou de la LSST. Le juste prix est déterminé sur la base d'une méthodologie convenue entre la CNESST et une ou des associations représentatives et permettant l'établissement d'un coût unitaire complet d'un traitement, d'un soin ou d'un service ainsi que sur des analyses indépendantes annuelles des prix de marché observés. La CNESST négocie avec une ou des associations représentatives les différents tarifs applicables pour une ou plusieurs années aux professionnels concernés et peut signer des ententes à cet effet pour des périodes d'une à trois années.**

**La CNESST publie annuellement le résultat de l'application de la méthode du juste prix pour le coût unitaire complet et les résultats des analyses de marché effectuées par des firmes indépendantes.**

**En cas d'incapacité de s'entendre avec une ou les associations représentatives avant la fin de chaque année budgétaire, la CNESST**

**achemine au ministre du Travail le résultat des négociations et sa recommandation. Le ministre fait rapport au Conseil des ministres qui fixe les tarifs pour la période concernée ».**