

Mémoire déposé dans le cadre des consultations  
particulières et auditions publiques sur le **projet de loi n° 68**

# Loi visant principalement à réduire la charge administrative des médecins

Présenté à la Commission de l'économie et  
du travail de l'Assemblée nationale du Québec

**SEPTEMBRE 2024**

**CRHA**

Ordre des conseillers  
en ressources  
humaines agréés

## Table des matières

<b>Introduction</b> .....	<b>3</b>
<b>Sommaire</b> .....	<b>4</b>
<b>Commentaires de l'Ordre</b> .....	<b>5</b>
1. Interdiction pour l'assureur d'exiger un service médical pour l'obtention d'un remboursement des services fournis par des spécialistes de la santé .....	5
2. Interdiction pour l'assureur d'exiger un service médical pour l'obtention d'un remboursement pour les services d'un aide technique .....	6
3. Interdiction pour l'assureur d'exiger un service médical pour le maintien des prestations d'invalidité ou d'exiger des suivis médicaux au-delà de ceux déterminés par le médecin .....	6
4. Interdiction pour l'employeur d'exiger une attestation médicale justifiant des absences de courtes durées .....	8
5. Certificats médicaux de complaisance .....	9
<b>Conclusion</b> .....	<b>11</b>

## Introduction

Regroupant 12 000 professionnelles et professionnels de la gestion des ressources humaines et des relations industrielles, l'Ordre des conseillers en ressources humaines agréés (« l'Ordre ») est la référence en matière de pratiques de gestion des RH. Il assure la protection du public par l'encadrement de la profession, le maintien des compétences des conseillères et conseillers en ressources humaines agréés (CRHA) et en relations industrielles agréés (CRIA), la préparation de la relève, ainsi que par ses interventions publiques qui visent à sensibiliser et outiller toutes les parties prenantes du monde du travail.

Avec une perspective unique et globale du monde des affaires, l'Ordre s'intéresse aux préoccupations et aux enjeux des employeurs, ainsi que des travailleuses et travailleurs. Il exerce un rôle majeur d'influence dans le monde du travail au Québec et participe ainsi activement au maintien de l'équilibre entre la réussite des organisations et le bien-être des travailleuses et travailleurs, et ce, toujours dans l'intérêt général de la société.

C'est guidé exclusivement par sa mission de protection du public ainsi que par l'expertise de ses professionnelles et professionnels agréés que par le biais de ce mémoire, l'Ordre présente ses commentaires sur le projet de loi n° 68, Loi visant principalement à réduire la charge administrative des médecins. Notre objectif est de nourrir constructivement la réflexion des membres de la commission.

Nos commentaires reposent notamment sur :

- Une consultation de l'Ordre menée en juillet 2024 sur le texte du projet de loi auprès d'une dizaine de professionnelles et professionnels RH et du droit du travail ayant des expertises clés et complémentaires.
- Un sondage de l'Ordre mené en août 2024 auprès de 273 CRHA | CRIA œuvrant dans une variété de secteurs d'activité et de régions du Québec.

## Sommaire

L'Ordre soutient la volonté du législateur de trouver des pistes de solutions visant à soulager le système de santé québécois, à permettre aux médecins de se concentrer sur l'établissement de diagnostics et des soins qui en découlent et, par conséquent, à réduire le fardeau administratif pour les travailleuses et travailleurs. Il est ainsi évidemment favorable à la réduction de la bureaucratie médicale dans un objectif d'améliorer l'accès aux professionnelles et professionnels de la santé.

Il soulève néanmoins quelques préoccupations quant au projet de loi n° 68. À notre avis, il est nécessaire de :

- limiter la hausse des coûts des réclamations qui peut avoir une incidence marquée sur le montant des primes d'assurance et ainsi à terme, possiblement réduire l'étendue de la couverture offerte.
- assurer que les traitements reçus (aide technique, soins paramédicaux) sont justifiés et réellement pertinents.
- Préserver le droit de gérance de l'employeur et ses leviers d'action en cas d'abus.

## Commentaires de l'Ordre

### **1. Interdiction pour l'assureur d'exiger un service médical pour l'obtention d'un remboursement des services fournis par des spécialistes de la santé**

*(5°; modification à l'article 29.1, paragraphe 1 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée)*

L'Ordre ne s'oppose pas à cette mesure, mais souhaite soulever quelques préoccupations.

Peut-être est-ce méconnu d'une partie de la population, mais dans les faits, la majorité des assureurs n'exigent pas de consultation ou d'attestation médicale prescrivant un soin ou un traitement avec un autre professionnel du domaine de la santé et des services sociaux (physiothérapeutes, ergothérapeutes, ostéopathes, etc.). Dans la plupart des cas, seule la facture est demandée pour accorder le remboursement selon les modalités prévues au contrat d'assurance.

En évitant une consultation préalable, l'accès aux autres spécialistes de la santé est nécessairement plus simple. Une consultation rapide favorise l'accélération de la remise sur pied et évite qu'une situation qui aurait pu être réglée avec quelques traitements réalisés hâtivement ne dégénère en complications plus durables. Il est également avantageux pour l'employeur que l'accès ne nécessite pas une consultation préalable, dans la mesure où cela génère potentiellement une autre absence du travail.

**Accueillie favorablement par 69 % des CRHA | CRIA sondés**, l'adoption de cette mesure pourrait toutefois générer une recrudescence des consultations auprès des autres spécialistes de la santé, ce qui entraînerait, en outre, un nombre plus important de réclamations et à terme, à une hausse des primes d'assurance pour les employeurs, de même que pour les travailleuses et travailleurs.

Selon notre compréhension, la situation sera similaire pour les traitements liés à des réclamations pour accident de travail ou lésion professionnelle auprès de la CNESST, avec une incidence comparable à appréhender sur les coûts du régime.

Par ailleurs, la responsabilité de déterminer et de décider du type de traitement et du professionnel le mieux adapté aux maux vécus reposera ainsi sur les épaules de la personne concernée ce qui nécessite une bonne compréhension de ce que chaque spécialiste peut faire pour soutenir la guérison. À l'ère de l'autodiagnostic via Google et ChatGPT notamment, comment peut-on s'assurer sans compétence médicale que les traitements prescrits, donc réclamés par la personne malade, sont réellement nécessaires et bénéfiques pour sa condition? Il y a lieu de se questionner sur l'incidence que ceci pourrait créer sur le plan du traitement, de la consolidation et de la réadaptation

de la personne concernée. De l'avis de l'Ordre, ce point devrait faire l'objet d'une étude particulière étant donné les conséquences possibles.

## **2. Interdiction pour l'assureur d'exiger un service médical pour l'obtention d'un remboursement pour les services d'un aide technique**

*(5°; modification à l'article 29.1, paragraphe 2 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée)*

L'Ordre ne s'oppose pas à cette mesure, mais souhaite apporter quelques commentaires.

**Accueillie favorablement par 69 % des CRHA | CRIA sondés**, l'Ordre juge cette mesure acceptable, bien que les préoccupations soulevées au point précédent s'appliquent également ici, soit une possible hausse des réclamations et le fardeau du choix de l'aide technique qui se retrouve sur la personne concernée.

Il est plutôt improbable qu'une personne fasse l'achat d'un aide technique, comme une canne ou une béquille, si elle n'en a pas réellement besoin. Dans ce cas, le risque d'abus réside dans la possibilité qu'une personne réclame l'achat d'une aide technique pour une autre personne de son entourage qui ne serait pas couverte.

## **3. Interdiction pour l'assureur d'exiger un service médical pour le maintien des prestations d'invalidité ou d'exiger des suivis médicaux au-delà de ceux déterminés par le médecin**

*(5°; modification à l'article 29.1, paragraphe 3 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée)*

Bien que l'Ordre perçoive des avantages pour les patients et le système de santé, il entretient certaines réserves face à cette mesure du projet de loi dont il souhaite faire part au législateur. Les CRHA | CRIA sondés sont d'ailleurs plus mitigés face à cette mesure.

Cette mesure permet potentiellement de réduire certains rendez-vous médicaux exigés par l'employeur ou l'assureur qui peuvent être considérés comme inutiles d'un point de vue médical. Considérant qu'il est parfois difficile d'obtenir ces rendez-vous, cette situation peut générer du stress pour la personne assurée, notamment en situation d'arrêt de travail pour cause de trouble psychologique. L'allègement du fardeau administratif pour la personne assurée pourrait être bénéfique dans certaines situations et lui permettre de se concentrer sur sa guérison.

D'une manière générale, l'Ordre estime que le médecin traitant est la personne la plus apte à évaluer la fréquence des suivis nécessaires en fonction de son jugement et de son expertise.

Cela étant dit, lors des consultations, des intervenants indiquent percevoir une **variation marquée dans la fréquence des suivis médicaux d'un médecin traitant à un autre** pour des conditions d'invalidité similaires. Considérant l'état actuel du système de santé du Québec, certains craignent que la fréquence des suivis soit dictée par les disponibilités du professionnel soignant plutôt que la condition de la personne malade. Cela empêcherait d'évaluer les progrès de la personne malade et, potentiellement, de favoriser son retour au travail.

Rappelons que les visites médicales sont très utiles pour l'employeur. Elles lui permettent de suivre la progression de l'invalidité et ainsi de mieux estimer le retour au travail facilitant la planification de sa main-d'œuvre.

Par ailleurs, les visites médicales espacées risquent d'avoir des répercussions sur la possibilité pour l'employeur de proposer du travail en assignation temporaire, puisque chaque proposition doit être analysée et autorisée par le professionnel de la santé qui suit la travailleuse ou le travailleur. En l'absence de visite, le médecin n'est pas en mesure de déterminer, au moyen d'un examen objectif, la capacité de son patient à effectuer les tâches proposées par l'employeur. Ainsi, ce dernier ne peut pas bénéficier de cette mesure ni des avantages qui y sont liés, comme la gestion efficace des coûts imputés à son dossier. Rappelons que, outre la réduction des coûts des prestations d'invalidité, l'assignation temporaire facilite également la réintégration de la travailleuse ou du travailleur.

**Bien que chaque situation d'invalidité soit unique et que le jugement du médecin demeure central dans la décision, l'Ordre estime que l'ajout de balises temporelles pourrait être bénéfique pour assurer une certaine cohérence dans l'établissement des suivis médicaux. Cela permettrait de guider les médecins traitants et de rassurer à la fois les patients et les employeurs.**

Finalement, des trois changements apportés à l'article 29.1, c'est celui-ci qui doit être évalué avec le plus de prudence selon l'Ordre alors que les risques d'abus et les conséquences qui en découlent apparaissent plus élevés.

#### **4. Interdiction pour l'employeur d'exiger une attestation médicale justifiant des absences de courtes durées**

*(8° ; modification à l'article 79.2 de la Loi sur les normes du travail)*

Bien que l'Ordre ne s'oppose pas à l'intention de cette mesure, il entretient tout de même une préoccupation importante et souhaite faire part de quelques commentaires au législateur.

Les consultations médicales pour cause de gastro, rhume ou maux de tête sporadiques peuvent contribuer à l'engorgement du système de santé, notamment des cliniques sans rendez-vous et parfois même des urgences. Considérant que les diagnostics se basent essentiellement sur les dires de la personne malade et que bien souvent aucun soin médical n'est nécessaire dans ce contexte, il est pertinent de vouloir les réduire.

Évidemment, l'Ordre est d'avis qu'en cas de maladie, une travailleuse ou un travailleur ne devrait pas avoir à se présenter sur son lieu de travail afin de se remettre sur pied adéquatement, mais aussi pour éviter de contaminer le reste de l'équipe. Par ailleurs, en cas de congés pour des situations délicates telles que la violence conjugale par exemple, il est souhaitable de ne pas avoir à expliquer la cause précise.

Dans les faits, selon un sondage de l'Ordre réalisé auprès de ses professionnelles et professionnels, très peu d'organisations exigent une attestation médicale pour des absences ponctuelles de trois jours et moins (**seulement 2,70 % affirment toujours le faire et 41,78 % ne jamais le faire**). C'est davantage lorsqu'on soupçonne l'abus que les employeurs exigent une preuve médicale en cas d'absentéisme.

Bien que ce ne soit pas la masse, des cas d'absences suspectes existent : absentéisme répétitif, absentéisme les vendredis et lundis, absentéisme lors d'une période refusée de vacances, etc. Plus précisément, **des cas d'abus pour des absences ponctuelles sont fréquents selon 34,72 % des CRHA | CRIA** (très fréquents pour 8,33 % et assez fréquents pour 26,39 %). La possibilité pour l'employeur d'exiger une attestation médicale est donc un levier utile dans des cas qui mettent en péril l'organisation du travail, mais aussi pour justifier une gradation des mesures disciplinaires en cas d'absences injustifiées.

Par ailleurs, même si elle n'est pas exécutée, la possibilité d'exiger une attestation pour justifier une absence peut agir comme un facteur dissuasif. Les consultations menées par l'Ordre ont permis de mettre en évidence une crainte très répandue : une augmentation des absences ponctuelles si cette possibilité n'est pas mise en œuvre. De manière générale, **44,60 % des CRHA | CRIA affirment que leur organisation subit des enjeux liés à l'absentéisme**.

Alors que la jurisprudence reconnaît le droit de l'employeur de contrôler les absences, il apparaît justifié **d'inclure une disposition permettant à l'employeur d'exiger une**

**attestation médicale justificative en cas de doute raisonnable d'abus**, ce qu'il aura à prouver le cas échéant.

Finalement, la période d'un an de référence dans laquelle **les trois absences maximales sont cumulées devrait pouvoir être adaptée aux pratiques des employeurs plutôt que l'année civile**. Cette simple modification permettra de simplifier considérablement le suivi et la gestion de cette nouvelle obligation.

## 5. Certificats médicaux de complaisances

L'Ordre souhaite profiter de la présente consultation pour attirer l'attention des parlementaires sur un enjeu connexe vécu : les certificats médicaux de complaisance en contexte de travail.

Par « certificats médicaux de complaisance », l'Ordre entend une attestation d'une ou d'un professionnel de la santé qui n'est pas justifiée et qui repose sur des informations erronées, trompeuses ou difficiles à valider. Parfois, ces billets sont réalisés pour plaire à la travailleuse ou au travailleur. Mais souvent, ils peuvent aussi être réalisés de bonne foi par le professionnel de la santé, seulement dans un contexte (ex : consultation rapide au sans rendez-vous, consultation auprès d'un nouveau médecin) qui ne permet pas une connaissance approfondie de la situation ou qui restreint la capacité du médecin à mettre en doute les dires de la personne qui le consulte.

Selon un récent sondage de l'Ordre, **77,15 % des CRHA | CRIA sondés ont déclaré avoir déjà reçu (36,10 % souvent et 40,95 % à l'occasion) des certificats médicaux qu'ils soupçonnaient être de complaisance**. Cela démontre que ces situations ne sont pas que des cas exceptionnels.

Selon des échos obtenus par des professionnelles et professionnels en ressources humaines, voici deux exemples observés où un diagnostic de complaisance est perçu :

- Un diagnostic en lien avec le travail qui est à l'extérieur du champ de compétences du professionnel de la santé, tel que du harcèlement pour justifier un retrait.
  - Dans cet exemple, il s'agit d'une opinion tendancieuse puisqu'elle repose uniquement sur la version de la personne plaignante et n'a aucun lien avec l'expertise médicale.
- Un diagnostic nécessitant un retrait du travail émis dans les jours suivants une rencontre pour des enjeux de performance ou de comportement au travail.
  - Il est d'abord primordial de préciser que l'Ordre ne remet évidemment pas en doute la présence préoccupante d'enjeux de santé psychologique et d'épuisement en contexte de travail. Une rencontre difficile peut

effectivement agir comme un déclencheur, surtout si elle n'est pas réalisée dans les règles de l'art.

- Or, bien que ce soit très délicat, il est parfois raisonnable de douter de l'honnêteté de l'individu et de la coïncidence lorsque ce diagnostic arrive à la suite d'une rencontre de performance et qu'aucun symptôme psychologique n'était alors perçu. Bien sûr, l'employeur n'a pas une pleine connaissance de la situation de chacun, mais certaines situations demeurent suspectes.
- Puisque ces situations ne revêtent plus un caractère exceptionnel, il est désormais usuel qu'un plan de remplacement palliant un possible retrait à court terme soit élaboré en même temps que la rencontre de performance est planifiée.
- Seulement 16,43 % des CRHA | CRIA sondés mentionnent ne jamais avoir reçu de billet médical de la part d'une personne employée justifiant un arrêt de travail dans les jours suivants une rencontre de gestion de la performance.

Il faut comprendre qu'un certificat médical est difficilement contestable par un employeur, notamment en raison de la difficulté d'accès aux médecins. À preuve, **46, 67 % des professionnelles et professionnels RH ne se sentent pas à l'aise de remettre en question un certificat médical** qu'ils soupçonnent être de complaisance.

Bien que ces situations puissent paraître anodines, elles ont pourtant de potentielles incidences importantes en milieu de travail notamment aux plans de l'organisation du travail et du climat de travail. Lorsque la méfiance s'installe, ce sont malheureusement les relations de travail qui écopent. Par ailleurs, les employeurs, les assureurs tout comme le gouvernement épongent des coûts financiers relatifs aux certificats de complaisance. En effet, rappelons que **l'assurance emploi est souvent le premier payeur des congés d'invalidité court terme.**

L'Ordre tient à remercier le Collège des médecins pour son ouverture et sa volonté de collaborer avec lui dans un effort de sensibilisation à venir à l'intention de nos professions respectives.

## Conclusion

L'Ordre est conscient de l'état du réseau du système de santé et des services sociaux du Québec et soutient les mesures qui visent à l'améliorer en mettant l'accent sur les actes à valeur ajoutée.

Il comprend que le quotidien des personnes soignantes soit entre autres occupé par des consultations et de la bureaucratie en lien avec le monde du travail. Le réseau public de santé n'a pas à assumer le poids des relations entre les employeurs et les personnes que ces derniers emploient; il doit se concentrer sur les diagnostics et les soins médicaux, car il demeure un partenaire clé dans la gestion de la santé des travailleuses et travailleurs. Assurément, les employeurs et le système de la santé partagent la même volonté de voir les individus évoluer et exercer leur métier de manière sécuritaire et en bonne santé.

Même si l'Ordre soutient l'intention du projet de loi, il faut être conscient qu'il risque d'engendrer une hausse des coûts et des primes d'assurance, ainsi que de réduire la capacité de l'employeur à gérer les cas d'abus et de fraudes. Bien que rares, ceux-ci demeurent bien présents.

L'Ordre invite le législateur à faire preuve de grande prudence, surtout en ce qui concerne les deux dernières mesures du projet de loi commentées dans le présent document, dont les risques de conséquences perçues sont plus préoccupants. L'instauration de balises quant à la fréquence normale des suivis en cas d'invalidité ainsi que l'instauration de la possibilité d'exiger une attestation médicale pour les absences de courte durée en cas de doute raisonnable, sont des ajustements simples qui pourraient réduire la portée des conséquences pressenties.