

ISSN 2818-985X



ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC

PREMIÈRE SESSION

QUARANTE-TROISIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
de l'économie et du travail**

Le mercredi 11 septembre 2024 — Vol. 47 N° 66

Consultations particulières sur le projet de loi n° 68 — Loi
visant principalement à réduire la charge administrative
des médecins (2)

**Présidente de l'Assemblée nationale :
Mme Nathalie Roy**

2024

Commission de l'économie et du travail

Le mercredi 11 septembre 2024 — Vol. 47 N° 66

Table des matières

Auditions (suite)	1
Association médicale canadienne (AMC)	1
Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP)	9
Mémoires déposés	16

Intervenants

Mme Sylvie D'Amours, présidente

M. Jean Boulet

M. Pierre Dufour

Mme Madwa-Nika Cadet

M. Vincent Marissal

* M. Jean-Joseph Condé, AMC

* M. François Lessard, idem

* Mme Lyne Duhaime, ACCAP

* M. Denis Dubois, idem

* M. Martin Roussel, idem

* Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 11 septembre 2024 — Vol. 47 N° 66

Consultations particulières sur le projet de loi n° 68 — Loi visant principalement à réduire la charge administrative des médecins (2)

(Onze heures trente-six minutes)

La Présidente (Mme D'Amours) : À l'ordre, s'il vous plaît! Ayant constaté le quorum, je déclare la séance de la Commission de l'économie et du travail ouverte.

Je vous souhaite la bienvenue. Et je demande à toutes les personnes dans la salle de bien vouloir éteindre la sonnerie de leurs appareils électroniques, s'il vous plaît.

Et j'ai besoin de votre consentement pour aller au-delà de l'heure prévue étant donné qu'on commence plus tard. Est-ce que j'ai le consentement de tout le monde?

Des voix : Consentement.

La Présidente (Mme D'Amours) : Consentement. Merci. Donc, la commission est réunie afin de poursuivre les consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 68, Loi visant principalement à réduire la charge administrative des médecins.

Mme la secrétaire, y a-t-il des remplacements?

La Secrétaire : Oui, Mme la Présidente. M. Leduc (Hochelaga-Maisonneuve) est remplacé par M. Marissal (Rosemont).

Auditions (suite)

La Présidente (Mme D'Amours) : Merci. Nous entendrons ce matin les témoins suivants, soit l'Association médicale canadienne, en visioconférence, et l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes.

Je souhaite maintenant la bienvenue à l'Association médicale canadienne. Je vous rappelle que vous disposez de 10 minutes pour votre exposé, puis nous procéderons à une période d'échanges avec la commission. Je vous invite donc à vous présenter et à nous donner votre exposé, s'il vous plaît.

Association médicale canadienne (AMC)

M. Condé (Jean-Joseph) : Alors, bonjour. Je suis Jean-Joseph Condé, médecin de famille à Val-d'Or, et je représente le Québec au sein du conseil d'administration de l'Association médicale canadienne.

Alors, pour raccourcir le texte un peu, je vais parler de l'AMC, donc l'abréviation pour Association médicale canadienne. Donc, j'agis également comme porte-parole de l'AMC. Et aujourd'hui je suis accompagné de M. François Lessard, le directeur principal Francophonie et communications de l'AMC, qui nous rejoint depuis Gatineau. Alors, évidemment, on aurait bien aimé être présents à Québec avec vous, mais, compte tenu de la distance, je suis à Val-d'Or, vous êtes à Québec. Et M. le député d'Abitibi-Est en sait quelque chose, depuis 10 ans qu'il fait des allers-retours Val-d'Or-Québec. Alors, c'est difficile pour moi de me rendre à Québec, compte tenu de mon horaire de garde à l'hôpital de Val-d'Or.

Donc, tout d'abord, l'AMC remercie les membres de la Commission de l'économie et du travail de lui permettre de s'exprimer au sujet du projet de loi n° 68 et de répondre à vos questions. La réduction du fardeau administratif est un enjeu de longue date pour l'AMC, car ce n'est pas seulement un enjeu québécois, mais un problème observé dans toutes les provinces. Et nous sommes heureux aujourd'hui de partager nos recommandations qui s'inspirent, entre autres, de certaines expériences observées ailleurs au pays.

Alors, avant de rentrer dans le vif du sujet, je prendrais peut-être quelques instants pour vous présenter l'Association médicale canadienne. Donc, qui sommes-nous? Nous sommes un regroupement pancanadien de médecins, d'étudiants en médecine, de résidents en médecine qui croient en un avenir meilleur pour le système de santé. Alors, peu de gens le savent, mais, en fait, l'AMC a été fondée dans la ville de Québec en 1867, pas loin de vous, d'où vous êtes, dans le grand hall de l'Université Laval. Alors, quel est le but de l'AMC? Le but de l'AMC est de contribuer à créer un système de santé viable et accessible où les patients participent à leurs soins, contribuer à une culture médicale qui favorise l'équité, la diversité et le bien-être des médecins et aussi contribuer à créer des communautés inclusives où chaque personne peut vivre en bonne santé. Au Québec, l'AMC s'investit également dans le leadership médical afin de favoriser l'inclusion de la profession médicale dans les décisions liées à la santé. Nous organisons chaque année le colloque des médecins leaders du Québec, un événement réunissant des médecins, gestionnaires et décideurs de partout au Québec. En plus, l'AMC travaille en partenariat avec l'Université Laval pour former les jeunes médecins en gestion de la santé, donc former les leaders en santé de demain.

• (11 h 40) •

Au sujet du PL n° 68, il est clair pour nous que le gouvernement va dans la bonne direction. L'AMC est particulièrement active dans le domaine de la réduction du fardeau administratif et nous saluons le travail amorcé par les gouvernements du Québec pour réduire la paperasserie administrative qui, en fait, est une lourdeur administrative, une lourdeur qui se fait au détriment des patients et des médecins.

Au sujet des bénéfices de la réduction du fardeau administratif, je tiens à préciser que la réduction du fardeau administratif ne doit pas seulement être associée à une augmentation du temps de consultation médicale, bien que cela soit très important, il faut aussi voir la réduction du fardeau administratif comme un investissement dans la santé de nos médecins. Car la réalité est que la santé physique et mentale de nos médecins s'est détériorée au fil des années. Et on l'a vu dans notre dernier sondage sur la santé des médecins, le taux d'épuisement professionnel de nos médecins a presque doublé en quatre ans, on est passé de 30 % des médecins qui déclaraient souffrir d'épuisement à 53 % lors de notre dernier sondage. Oui, vous l'avez bien entendu, 53 % de nos médecins souffrent d'épuisement professionnel. Et évidemment cela a des répercussions négatives sur la qualité des soins offerts et sur le nombre de médecins qui travaillent. D'ailleurs, soyons honnêtes, qui d'entre nous voudrait se faire soigner par un médecin épuisé? Donc, nous sommes convaincus qu'une réduction du fardeau administratif va aussi permettre d'améliorer la santé de nos médecins et, par le fait même, améliorer la qualité des soins à la population.

Nos recommandations pour le fardeau administratif. Donc, nous reconnaissons les efforts mis de l'avant par le gouvernement du Québec et nous proposons de poursuivre en ce sens et d'aller plus loin. Nos recommandations touchent principalement trois aspects.

Premièrement, l'innovation. Nous croyons qu'innover est primordial pour diminuer le fardeau administratif. Il faut penser autrement pour arriver à éliminer les tâches inutiles, et une de nos recommandations est la création d'un fonds dédié à la recherche et l'innovation visant à réduire la paperasserie administrative. D'ailleurs, comme groupe de médecins, l'AMC fait sa part dans la recherche. En 2024, nous avons investi 10 millions de dollars en bourse de recherche sur des solutions innovantes visant à réduire le fardeau administratif. Et je tiens à mentionner que deux organismes québécois sont récipiendaires de nos bourses de recherche, soit l'Université de Sherbrooke et le Collège québécois des médecins de famille.

Deuxième aspect sur lequel on veut attirer votre attention : la simplification. Nous proposons de consacrer des efforts à simplifier les formulaires que les médecins doivent compléter. Et là on parle, par exemple, d'adopter un formulaire unique qui satisferait les besoins de tous les assureurs. Ce n'est pas normal qu'hier soir encore, dans ma clinique, j'avais quatre formulaires d'assurance à remplir pour des patients, quatre formulaires de compagnies différentes, quatre formulaires complètement différents. Pour une compagnie, deux pages, c'est suffisant, ils ont assez de renseignements pour indemniser un patient. Une autre compagnie, ils veulent quatre pages de renseignements. Une compagnie nous demande la date de la dernière visite et la date du début de l'invalidité. Une autre compagnie veut avoir la date des six derniers rendez-vous du patient. Bref, tout ça, c'est du temps que l'on investit, que l'on passe à faire... à essayer de remplir différents formulaires. Et vous le savez probablement, la Nouvelle-Écosse l'a fait, ils avaient 28 formulaires d'assurance, ils sont rendus à un formulaire unique. Alors, si la Nouvelle-Écosse l'a fait, on est certainement capable de le faire au Québec. Et quand on parle de simplification, il faut aussi parler d'améliorer l'interopérabilité des nombreux systèmes d'information en santé. En fin de semaine, j'étais de garde à l'urgence ici, à Val-d'Or, et je dois avoir accès à un dossier, un sommaire d'hospitalisation d'un patient qui a été vu dans la ville d'à côté, à Rouyn-Noranda, à 100 kilomètres plus loin. Je n'ai pas accès à son dossier parce que nos systèmes informatiques ne se parlent pas. Donc là, il y a une lourdeur, il y a une paperasse. Le patient doit signer un consentement d'échange d'informations. Quelqu'un doit faxer la requête à l'autre hôpital. On doit attendre de recevoir le rapport. Donc, il y a toute une lourdeur qui pourrait être améliorée en améliorant l'interopérabilité de nos systèmes.

Finalement, troisième aspect : les billets d'absence au travail. Pour l'AMC, il est primordial que chaque partie impliquée prenne ses responsabilités face à la lourdeur administrative. Les billets de médecins requis par l'employeur pour des absences de courte durée contribuent de façon importante à notre fardeau administratif. Pour nous, il ne s'agit pas d'un enjeu de santé, mais plutôt d'un enjeu de gestion des ressources humaines, de gestion d'absentéisme au travail. Nous pensons que, pour des absences de courte durée, c'est à l'employeur et aux employés de trouver un terrain d'entente. Mais un patient ne devrait pas avoir à consulter simplement pour obtenir un certificat médical pour une absence de courte durée.

En terminant, Mme la Présidente, j'aimerais vous dire que notre expérience pancanadienne nous a permis de constater qu'une collaboration gouvernement-employeurs-professionnels de la santé donnera des résultats concrets et, surtout, mobilisera chaque partie à trouver des solutions communes. La commission et le gouvernement peuvent compter sur la collaboration et l'expertise de l'AMC dans ses prochaines étapes sur la réduction du fardeau administratif.

Alors, voilà, Mme la Présidente, qui termine mon allocution. Il me fera plaisir de répondre aux questions des membres de la commission.

La Présidente (Mme D'Amours) : Merci, merci. Je vous remercie pour votre exposé. Nous allons maintenant commencer la période d'échange avec M. le ministre. La parole est à vous.

M. Boulet : Oui. Merci, Mme la Présidente. Bonjour à vous deux, Dr Condé, M. Lessard, merci de votre engagement à continuer d'aller de l'avant pour réduire le fardeau administratif des médecins. On sait à quel point c'est imposant et à quel point il y a des rencontres qui n'ont pas de valeur ajoutée, qui peuvent être remplacées par des rencontres où le médecin va pouvoir prodiguer des soins cliniques. Puis j'aime bien quand vous faites référence à : c'est sûr que ça peut aider à la santé des médecins. C'est certain que ça va aider à améliorer la qualité des soins pour les patients, les patients et les patientes du Québec.

Et je vous salue, Val-d'Or. J'y étais encore la semaine passée, à Val-d'Or. C'est une super belle région. Gatineau aussi, M. Lessard, toutes les régions du Québec sont particulièrement intéressantes.

Je vais commencer par Dr Condé, vous rassurer, les absences de courte durée, vous savez qu'on a une approche équilibrée. Dans le projet de loi no 68, on réfère à trois premières absences d'une période de trois journées consécutives ou moins dans une année, et ça, c'est pour une absence motivée par une maladie, un accident, de la violence conjugale ou sexuelle, mais aussi quand tu as besoin, à titre de proche aidant, de soutenir une personne ou de prendre soin d'un enfant ou d'une personne qui est dans ta famille. Ça fait que je pense que c'est une approche équilibrée qui respecte bien l'état de la jurisprudence. Au-delà de ça, ça peut être considéré comme étant répétitif et, au-delà de ça, ça peut être considéré comme étant abusif. On ne va pas aussi loin que certains l'auraient souhaité, mais, si on prend trois absences d'une journée, au-delà de ça, l'employeur pourrait être justifié de vérifier par l'obtention d'un document ou d'un certificat médical. Ça fait que je pense que c'est équilibré, respectueux du droit de gestion de l'employeur et aussi du droit de la personne de s'absenter pour des motifs, des fois... comme on réfère souvent à la gastro-entérite ou à la grippe, une personne n'a pas besoin, dans des contextes comme celui-là, d'obtenir un certificat médical.

Dans vos recommandations, vous réferez aussi à des normes qualitatives, là, pour mesurer la santé physique et mentale des médecins, à des indicateurs de performance. Pouvez-vous, en deux minutes, me donner plus d'explications sur ce, les indicateurs auxquels vous pensez ou que vous réferez?

• (11 h 50) •

M. Condé (Jean-Joseph) : Donc, en fait, on... absolument, on parle de santé des médecins. Donc, M. le ministre, ce qu'on voit, c'est qu'actuellement nous avons 53 % de nos médecins qui souffrent d'épuisement professionnel. Et de ce nombre, 54 % nous disent que c'est directement relié à ce fardeau administratif, à cette lourdeur administrative. Donc, si nous arrivons à réduire cette lourdeur administrative, nous serons en mesure de mesurer aussi ce taux d'épuisement professionnel. Donc, c'est ce qu'on parle, d'avoir... d'avoir des données qui vont nous prouver que oui, ça fonctionne. On a réduit le fardeau administratif, le taux d'épuisement des médecins est redescendu à 20 %, 30 %. Tout le monde... tout le monde s'en porte mieux. Donc, ce qu'on dit, c'est qu'il ne faudra pas seulement suivre le nombre de rendez-vous additionnels qui... qu'on aura obtenus, mais il va falloir aussi suivre l'indice de santé de nos médecins.

M. Boulet : Tout à fait. Puis on réfère souvent aux objectifs de ce projet de loi là. Vous savez qu'il y a quand même un plan santé sous l'égide du ministère de la Santé, qui travaille en collaboration avec des partenaires externes comme la Fédération des médecins omnipraticiens, les médecins spécialistes, et autres, comme la CNESST. Et ce projet de loi là est un des éléments qui fera partie d'un grand ensemble pour permettre de répondre à votre souci de réduire le fardeau de travail des médecins. Puis vous avez référé aussi, il y a le projet de loi no 67, là, qui va permettre à des professionnels de la santé mentale de poser des diagnostics et de présenter des billets médicaux.

Vous parlez aussi de créer un fonds d'investissement pour soutenir l'innovation. J'imagine que vous pensez à l'intelligence artificielle ou à des nouvelles technologies. Il y a certainement une évaluation plus poussée, une réflexion approfondie puis peut-être une discussion à amorcer avec d'autres partenaires gouvernementaux qui pourraient être impactés, entre guillemets, par ça, mais c'est certain que moi, je trouve qu'il y a un dialogue qui s'impose, là, sur comment on peut aussi contribuer à l'atteinte de nos objectifs par l'innovation.

Simplifier les formulaires, les processus administratifs, ça, ça semble être constant depuis le début des consultations particulières. Ça, vous en entendez beaucoup parler, j'imagine, à l'AMC, hein, docteur?

M. Condé (Jean-Joseph) : Donc, tout à fait, et ça... et, comme je le mentionnais, ça concerne toutes les provinces, pas seulement le Québec. Mais quand on regarde qu'une province comme la Nouvelle-Écosse a été capable, en fait, de réunir ses assureurs, les associations médicales, le gouvernement, et qu'on en est arrivés à un formulaire commun qui répond aux besoins d'information de l'assureur, alors qu'avant il y en avait 28... Alors, quand, hier soir, je vois quatre formulaires différents que je dois remplir, je me dis : Mon Dieu! Au Québec, on serait capables de faire la même chose. On est bons au Québec, on est capables d'innover.

M. Boulet : On est tous d'accord là-dessus, docteur. Mais est-ce que vous pouvez m'en donner, des exemples concrets de projets innovants...

M. Condé (Jean-Joseph) : Donc...

M. Boulet : ...par exemple? Oui? Oui, allez-y.

M. Condé (Jean-Joseph) : Oui, tout à fait, M. le ministre. Donc, exemple, et vous l'avez mentionné, une intelligence artificielle, donc, actuellement, le... on écrit nos notes sur un dossier médical électronique, mais, après, quand il faut remplir le formulaire, c'est encore un formulaire sur un site différent ou un formulaire papier. Alors, de plus en plus, il se fait de la recherche où il pourrait y avoir un formulaire unique qui serait généré à même la note médicale. Parce qu'au fond, quand j'écris ma note médicale, mon diagnostic y est, mon temps d'absence y est, donc tout y est. Alors, pourquoi est-ce qu'on devrait être obligé de le réécrire sur un formulaire papier ou sur un autre formulaire, sur un autre document sur le Net, alors qu'il... qu'on... avec la recherche, de plus en plus, on s'oriente vers l'intelligence artificielle, qui pourrait générer ce formulaire à partir de ma note? Et là, imaginez, hier soir j'ai passé une heure de temps à remplir quatre formulaires. Alors là, ces formulaires-là auraient été générés automatiquement par mon système de dossier médical électronique.

Mais ça prend de la recherche, ça prend de l'argent. L'AMC, comme je l'ai mentionné, fait sa part. Comme groupe de médecins, nous avons investi 10 millions de dollars en recherche, et on se dit : Mon Dieu! Si l'AMC est capable de le faire, le gouvernement du Québec est sûrement aussi capable d'investir en recherche et innovation pour réduire le fardeau administratif.

M. Lessard (François) : M. le ministre, me permettez-vous de compléter la réponse de Dr Condé?

M. Boulet : Absolument, M. Lessard. On vous écoute.

M. Lessard (François) : Merci, M. le ministre. Je ne suis pas médecin, mais je peux vous dire, concernant ce que Dr Condé a dit relativement à l'intelligence artificielle, simplement pour vous donner un exemple supplémentaire : la semaine dernière, je parlais à notre ancienne présidente, le Dre Katharine Smart, qui est pédiatre au Yukon, et à partir du Yukon... de... de Whitehorse, elle est... elle va en avion dans les communautés autochtones, et elle me disait que, depuis quelques semaines, elle utilise une application d'intelligence artificielle qui lui permet de faire sa prise de notes et qu'avec cette application-là elle dégage de 15 à 20 heures par semaine qu'elle peut passer davantage à consulter de jeunes patients, parce qu'elle est pédiatre, ce sont des enfants, surtout lorsqu'elle est déployée dans les communautés autochtones.

M. Boulet : C'est une... c'est une très belle situation, hein? On réalise à quel point il y a des nouvelles technologies qui peuvent être extrêmement bénéfiques, là, comme je mentionnais, pour atteindre nos objectifs.

Peut-être dernière question, Dr Condé ou M. Lessard. Vous parliez aussi, dans l'état actuel des choses, de développer une trousse pour aider les médecins à se démêler puis à accélérer le processus des formulaires et de facturation. À quoi vous pensiez plus spécifiquement, docteur? C'est un guide?

M. Condé (Jean-Joseph) : Donc, en fait, ce serait une... ce serait une trousse, donc un ensemble où toute l'information... où le médecin aurait toute l'information nécessaire, de façon à savoir : voilà le formulaire unique, voilà comment on le remplit — un peu comme la CNESST le fait, hein? La CNESST, vous avez ses rapports médicaux, mais on a une trousse qui nous explique comment remplir correctement le formulaire de la CNESST. Donc, il pourrait y avoir un formulaire... une trousse comme ça qui permettrait au médecin de remplir plus facilement ses formulaires d'invalidité. La CNESST, c'est très simple. Donc, on suit le guide, et le médecin sait très bien comment la remplir sans erreur. Donc, c'est ce genre d'aide qui va faciliter la vie du médecin et qui va faire économiser du temps.

M. Boulet : Absolument.

M. Lessard (François) : Si vous me permettez, M. le ministre...

M. Boulet : Oui, bien sûr.

M. Lessard (François) : Si je peux ajouter, avec tout le respect, cela, bien sûr, doit se faire en collaboration avec tous les partenaires du milieu, le gouvernement, les agences, etc. On parle ici de simplification, d'unification des formulaires pour que ce soit simple pour tout le monde. Puis, récemment, je pense, c'est au début du mois d'août, l'Île-du-Prince-Édouard a fait une nouvelle entente avec ses médecins, par exemple, et, dans le cadre de cette entente-là, on a fait passer les codes de facturation de 450 à 11. Alors, ça, c'est un exemple concret de simplification de la machine, si je peux dire, où tout le monde est gagnant-gagnant, le patient, le médecin et également les fonctionnaires qui administrent ces codes-là pour le paiement au médecin. Merci.

M. Boulet : Quand vous dites, M. Lessard : On a fait passer les codes de facturation de 450 à 11, à quoi vous référez plus particulièrement? Les codes problématiques?

M. Lessard (François) : Des actes médicaux, des actes médicaux.

M. Boulet : Ah! OK, oui, je comprends. OK. Alors, je céderais la parole à mon collègue d'Abitibi-Est, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme D'Amours) : Donc, je vais lui donner la parole.

M. Boulet : Céder, donner...

La Présidente (Mme D'Amours) : M. le député d'Abitibi-Est, la parole est à vous.

M. Dufour : Oui. Combien de... Combien de minutes, Mme la Présidente?

La Présidente (Mme D'Amours) : Il reste 4 min 25 s.

M. Dufour : 4 minutes. Oui. Donc, bonjour, Dr Condé. Bien content de vous voir à l'écran aujourd'hui et ainsi que votre collègue.

Une voix : Bonjour, M. le député.

• (12 heures) •

M. Dufour : Moi, j'aimerais ça revenir sur le deuxième point que vous amenez sur l'innovation. On en a parlé hier, de l'intelligence artificielle, avec la Fédération des médecins, au niveau spécialistes, au niveau des omnipraticiens. Il y a une volonté, vraiment, que le gouvernement puisse s'orienter vers là, justement, pour vous donner un coup de pouce pour faciliter la documentation que vous n'auriez pas à répéter. Mon point est... Vous parlez, vous, contrairement à ce qu'on discutait hier, la création d'un fonds, justement, je pense, pour analyser ou travailler tout cet aspect-là. Pouvez-vous un petit peu nous expliquer, un peu, comment vous voyez le fonds que vous parlez? Parce que vous dites qu'il y a déjà quand même un 10 millions qui a été investi par l'AMC en innovation, peut-être ça serait intéressant pour les différents collègues ici d'en savoir un petit peu davantage sur cet aspect-là.

M. Condé (Jean-Joseph) : Donc, en fait, l'AMC a investi. Donc nous avons fait des... nous avons demandé partout au Canada, aux médecins, aux universités, aux groupes de travail de nous soumettre des projets de recherche qui visaient à réduire le fardeau administratif. Et nous en avons reçu... nous avons reçu une cinquantaine et nous avons sélectionné 10 projets de recherche que nous avons accepté de financer avec ce 10 millions. Donc, il y a deux organismes québécois qui ont été sélectionnés, leur projet de recherche a été sélectionné. Et, le but, en fait, c'est... comme je disais, c'est que pour faire de l'innovation, pour faire de la recherche, ça prend des sous. Et l'AMC contribue une partie, mais certainement que ces organismes-là seraient heureux de pouvoir avoir accès à un fonds du gouvernement du Québec. Parce que l'AMC a choisi, a sélectionné 10 récipiendaires, mais il y en a 40 autres qui avaient aussi des projets intéressants, qui n'ont pas pu être sélectionnés parce qu'on n'avait pas... on n'avait pas les moyens. Puis, exemple, on s'en va loin, là, on parle de... lorsque... lorsque on a une rencontre avec un patient, donc on parle d'un logiciel qui serait capable de générer une note clinique simplement en écoutant ma conversation avec mon patient. Donc, à ce moment-là, il n'y aurait plus de... je n'aurais plus à taper une note à l'ordinateur. La note va se générer toute seule grâce à l'intelligence artificielle. Alors, c'est ce genre de recherche là qu'il faut approfondir. Et c'est pour ça qu'on a suggéré, qu'on vous suggère de réfléchir à la création d'un fonds d'investissement en recherche et innovation pour réduire le fardeau administratif.

M. Dufour : Et juste pour compléter, votre association serait celle qui est la plus habilitée à obtenir ce fonds-là ou il y aurait d'autres... d'autres associations qui pourraient être impliquées dans cette démarche-là?

M. Condé (Jean-Joseph) : OK, donc, non, nous ne sollicitons pas de fonds, en fait. Nous nous finançons à travers nos cotisations, à travers nos revenus, nous finançons... nous avons financé ce 10 millions de dollars de bourses. Donc, ce serait un autre fonds qui serait créé, auquel ces organismes auraient accès. L'AMC n'aurait... n'a pas besoin de financement supplémentaire à ce niveau-là. Par contre, les autres organismes qui font de la recherche aimeraient en bénéficier.

M. Dufour : Merci de la précision.

La Présidente (Mme D'Amours) : Merci beaucoup. Je suis maintenant prête à entendre la députée de Bourassa-Sauvé pour son bloc d'échange.

Mme Cadet : Merci beaucoup, Mme la Présidente. Bonjour, Dr Condé. Bonjour, M. Lessard. Merci beaucoup pour votre exposé très clair ainsi que pour le dépôt de votre mémoire. Donc, très heureuse de faire votre connaissance.

J'ai écouté avec beaucoup d'attention, donc, vos propos, votre exposé ainsi que les échanges avec mes collègues, donc on va essayer, donc, de... d'aller chercher, donc, de l'information complémentaire dans notre... dans le bloc qui nous incombe. Peut-être, je commencerais avec une partie de votre mémoire. Donc, en introduction, donc, vous y allez avec des statistiques, donc, assez édifiantes. Donc, 75 % des médecins déclaraient que leur charge de travail les empêchait de s'occuper de leurs patients, ce qui les rendait moins satisfaits de leur travail. On a beaucoup entendu parler de la statistique, donc, de la FMOQ, donc du fait que, bon, c'est à peu près, donc, 25 %, donc, de la charge, donc, du travail, donc, qui serait, donc, de la charge administrative, donc, plutôt qu'une relation avec le patient. Et vous citez aussi, là, le rapport de la FCEI que nous avons eu l'occasion, donc, d'entendre hier, et leur étude à travers le Canada, qui s'intitule *Les patients avant la paperasse*. Vous nous dites : «Ultimement, la position de l'AMC est d'éliminer les billets de médecins requis par l'employeur pour toutes les situations de courtes durées.» Pour des situations de courte durée. Donc, ultimement, donc, j'étais curieuse, d'entrée de jeu, et j'imagine que c'est... c'était un peu, donc, la conclusion, donc, des statistiques que vous nous présentez, en disant : Cette charge de travail, elle est lourde, 75 % des médecins déclarent que c'est... que c'est trop lourd, que c'est une entrave à leur travail clinique, 50 % disent vouloir réduire leurs heures de travail clinique. Donc, ultimement, votre solution, donc, serait celle-ci. Donc, je vous laisserais élaborer sur cette question.

M. Condé (Jean-Joseph) : Donc, en fait, ce qu'on dit au niveau des billets de... des billets d'absence au travail, Mme la députée, c'est qu'un médecin a été formé pour soigner, pour traiter des patients. Et lorsque je vois un

patient qui vient me voir simplement pour avoir un certificat médical pour un problème mineur, en fait, donc, tantôt, on mentionnait la gastro-entérite, un rhume, alors... et quand je vois ce patient là, en fait, il n'a plus de symptômes. Et quand je suis à l'urgence, il y a des gens qui attendent 12 heures pour... simplement pour venir me rencontrer, pour avoir un certificat médical, pour pouvoir retourner au travail alors qu'ils n'ont plus de symptômes. Alors, on dit : Bien, si on est capables d'alléger cette tâche-là, bien là, à ce moment-là, la place va être prise par quelqu'un qui a vraiment besoin de soins de santé. Donc, on dit que les billets d'absence au travail de courte durée, ce n'est pas un enjeu de santé, c'est un enjeu de gestion de ressources humaines, et c'est aux employeurs et aux employés de gérer ça. Ça ne doit pas, ça ne doit pas se retrouver dans le bureau des médecins.

Mme Cadet : D'accord, d'accord. Mais juste pour bien saisir, parce que vous dites, donc, la démarche, donc, la démarche étant celle du projet de loi, va dans le bon sens, mais elle appelle à d'autres mesures, et devra se poursuivre avec des propositions qui iront plus loin. Donc, ici, en fait, donc, vous... simplement, donc, vous dites, donc, le projet de loi, donc, pour vous, donc, vous satisfait dans sa mouture ou, quand vous nous dites, donc, ultimement, voici votre position, c'est que vous auriez vu, donc, des élargissements ou une possibilité, donc, d'aller plus loin dans le libellé actuel du projet loi tel que déposé?

M. Condé (Jean-Joseph) : Donc, en fait, on aimerait aller plus loin en ouvrant dans d'autres domaines, par exemple. Donc, tantôt, on parlait de simplification des formulaires. Quand j'ai... quand j'ai quatre formulaires à remplir, donc, ces heures-là, évidemment, je ne les prends pas pendant mes heures de clinique, hein, donc on voit des patients, on voit des patients de 8 heures à 17 heures, mais, après ça, je reste à la clinique jusqu'à 8 heures le soir. Mais qu'est-ce que je fais jusqu'à 8 heures le soir? Je fais de la paperasse, je remplis des prescriptions, je remplis des formulaires d'invalidité. Alors, si on est capables de me soulager de ces tâches-là, bien, c'est autant de temps qui peut être investi en temps clinique mais aussi en santé des médecins. Parce que, comme vous l'avez mentionné, la santé des médecins est primordiale. On nous... ça nous prend des médecins en santé pour soigner notre population.

Mme Cadet : Parfait. Ensuite, et M. le ministre, donc, vous a posé un peu la question, j'aimerais donc aussi vous entendre là-dessus sur la question des normes qualitatives. Donc, vous y allez, dans votre première recommandation, de l'ajout de normes sur la santé physique et mentale des médecins. Donc, peut-être, donc, vous... élaborer, donc, sur des exemples de normes ou comment est-ce que vous verriez, donc, l'encadrement, donc, de cet ajout de normes qualitatives là.

M. Condé (Jean-Joseph) : Donc, ce qu'on sait, par exemple, c'est qu'on sait qu'il y a quatre ans, il y avait 30 % des médecins qui déclaraient de souffrir... souffrir d'épuisement professionnel. Quatre ans plus tard, c'était 53 %. Et là on parle seulement d'épuisement professionnel. Quand on parle de questionnaire sur la dépression, les chiffres sont à peu près à 40 % des médecins qui nous disent avoir des symptômes de dépression. Et lorsqu'on pose la question sur des idées suicidaires, bien, imaginez-vous, 14 % des médecins ont répondu avoir eu des pensées suicidaires dans la dernière année. Donc, c'est très grave. C'est très sérieux, ça fait frémir ces chiffres-là. Donc, il faut voir le... la réduction du fardeau administratif pas seulement comme une augmentation du temps de consultation médicale, mais aussi un investissement dans la santé de nos médecins. Parce, comme je l'ai mentionné tantôt, qui veut se faire traiter par un médecin qui a eu des pensées suicidaires la semaine dernière? Alors, c'est là... Et on est capable de suivre ces chiffres-là, donc on est capable de faire d'autres sondages, de voir : Bien, regardez, on a diminué le fardeau administratif, nos médecins se portent mieux, et, par le fait même, la population reçoit de meilleurs soins.

Mme Cadet : D'accord. Et là, vous évoquez...

M. Lessard (François) : Si vous me permettez, Mme la députée.

Mme Cadet : Oui, bien sûr. Oui.

M. Lessard (François) : J'aimerais compléter. Quand on parle de notre sondage, j'aimerais que tout le monde comprenne qu'on parle du sondage national de l'AMC sur la santé des médecins. C'est une enquête qu'on fait environ aux trois ou quatre ans. Donc, on a fait notre dernière enquête en 2021. Et, en 2025, notre équipe de santé des médecins est à préparer ce prochain coup de sonde là auprès de la profession médicale. Alors, le sondage va être... est en préparation à partir de janvier. On va probablement être en sondage au printemps 2025. Et dès l'automne 2025, on va avoir des résultats, des données toutes fraîches, si vous le voulez, à vous partager sur la perception des médecins quant au fardeau administratif, leur épuisement et tous les éléments que Dr Condé vient de mentionner. Merci.

Mme Cadet : Merci beaucoup. Merci, M. Lessard. Donc, ça clarifie un peu. Donc, si je saisis bien, c'est qu'en fait, donc, ce que vous nous dites ici, c'est qu'à travers, donc, l'outil qui est votre sondage, puisque dans le prochain sondage que vous allez déployer, donc, il y aura des questions qui porteront sur le fardeau administratif des médecins, que ça peut, en fait, donc, faire office de données... de données, donc, à transmettre aux décideurs pour élaborer, donc, des normes qualitatives, donc, sur la santé physique et mentale des médecins. C'est bien ça?

• (12 h 10) •

M. Lessard (François) : ...

Mme Cadet : Parfait. Merci beaucoup. Donc, je comprends mieux, donc, votre première recommandation. Donc, la seconde, donc, on a beaucoup parlé d'intelligence artificielle, c'était absolument... c'est absolument fascinant. Puis donc le député d'Abitibi-Est, dans le cadre de ces échanges, donc, semble être très interpellé par la question. J'irais peut-être un peu plus loin. Tantôt, vous avez indiqué que vous n'aviez pas comme objectif de vouloir administrer le fonds d'investissement du gouvernement que vous proposez ici, le... que ce n'était pas tout à fait ça, là, si j'ai bien saisi votre réponse à la question du député. En fait, donc, vous souhaiteriez, donc, qu'un tel fonds soit créé, donc, à... bon, à même, donc, les fonds publics, donc, du gouvernement, qu'il soit administré par le gouvernement en tant que tel, par le ministère de la Santé ou Santé Québec. C'est... c'est bien ça?

M. Condé (Jean-Joseph) : Tout à fait. Vous avez... Vous avez tout à fait compris. Donc, ce qu'on dit : L'AMC fait déjà sa part, mais avec nos revenus, avec nos moyens, nous ne pouvons pas investir plus de 10 millions, ce qui est déjà énorme en recherche et... en recherche et innovation. Alors, on dit : Bien, d'autres partenaires pourraient refaire leur part aussi. Et c'est là qu'on invite le gouvernement du Québec à réfléchir à la création de son propre fonds d'innovation et recherche en réduction du fardeau administratif des médecins.

Mme Cadet : D'accord. Et vous avez parlé...

M. Condé (Jean-Joseph) : Donc, ce serait...

Mme Cadet : Oui.

M. Condé (Jean-Joseph) : ...ce serait un fonds parallèle, parallèle, qui pourrait servir aussi à financer d'autres... d'autres compagnies qui font de la recherche là-dessus.

Mme Cadet : D'accord. D'accord. Et puis... puis un peu plus tôt, donc, vous aviez nommé les exemples de recherches, donc, comparatives, donc, auprès, donc, de d'autres provinces canadiennes. Est-ce que, par exemple, ce fonds-là que vous proposez, on le retrouve... on le retrouve en Nouvelle-Écosse ou dans une autre province canadienne ou ce serait une innovation complète?

M. Lessard (François) : Je peux peut-être répondre, Dr Condé. À notre connaissance, il n'existe pas ailleurs au pays de fonds comme on vous suggère bien humblement aujourd'hui. Ce que l'AMC a fait est un exemple de mettre de l'argent sur la table pour favoriser cette innovation-là. Alors, il serait peut-être une bonne idée de considérer, au niveau du gouvernement du Québec, de faire la même chose, mais avec des fonds publics, parce que, comme Dr Condé l'a mentionné, nous avons choisi 10 organisations, dont deux au Québec, mais il y en avait une quarantaine d'autres du Québec qui avaient de superbes idées qui mériteraient peut-être d'être regardées, étudiées à partir de ce fonds de recherche là, ce fonds d'innovation là.

Mme Cadet : D'accord. Et je... je mets votre... l'idée que vous nous soumettez aujourd'hui, je la mets aux côtés, donc, d'une autre qu'on a beaucoup entendue au cours des... bien, au cours de la dernière journée, en fait, qui semble un peu complémentaire, qui est l'idée, donc, d'un comité dont plusieurs, donc, de vos collègues médecins, donc, sont venus nous parler, un peu comme vous l'avez fait aujourd'hui, donc, de la lourdeur administrative, non seulement, donc, en termes, donc, de nombre de formulaires à remplir, donc, avec donc les rendez-vous qui ne sont pas à valeur ajoutée, là, qui viendraient donc être ôtés par ce projet de loi ci parce qu'on enlèverait, donc, l'exigence d'aller chercher un billet du médecin pour les absences au travail, ou pour les assureurs, ou les administrateurs de régimes d'avantages sociaux, mais on nous a sensibilisés à la question du contenu des formulaires. Plus tôt, monsieur... Dr Condé, donc, vous nous disiez donc à quel point, donc, vous aviez à remplir, donc, quatre formulaires différents, de longueur différente, avec des questions différentes. Donc, j'entends, peut-être, dans un premier temps, que la question, donc, de l'uniformisation, vous nous avez dit : Bien, si la Nouvelle-Écosse le fait, bien, le Québec, nous, on est des précurseurs, on est des leaders, on a... on a tout ce qu'il nous faut, puis je pense que, là-dessus, je suis 100 % d'accord avec vous. Donc, vous, vous nous dites : La première des choses, la voie où aller, c'est l'uniformisation de ces formulaires-là?

M. Condé (Jean-Joseph) : Tout à fait. Donc, ce serait la... La première étape, ce serait ça, d'avoir un formulaire unique. Déjà, vous allez soulager tous les médecins, autant médecins de famille que spécialistes. Tous les médecins ont des formulaires à remplir. Et, si on est capable de passer de 28 à un, on est certainement capable de s'entendre avec les assureurs au Québec et d'arriver à un formulaire commun qui répond... Au fond, l'assureur a besoin de savoir quand... le diagnostic, quand le patient a arrêté de travailler, les raisons, les symptômes, et il pourrait y avoir un seul formulaire qui répond aux questions nécessaires à tous les assureurs de façon à pouvoir indemniser les patients.

La Présidente (Mme D'Amours) : Merci, merci.

Mme Cadet : Ah! Déjà?

La Présidente (Mme D'Amours) : ...tout le temps que nous avons.

Mme Cadet : Merci, merci. Merci beaucoup, Dr Condé.

La Présidente (Mme D'Amours) : Et maintenant, je cède la parole au député de Rosemont. La parole est à vous.

M. Marissal : Merci, Mme la Présidente. Dr Condé, M. Lessard, merci, merci beaucoup d'être là virtuellement, c'est déjà ça. J'apprécie beaucoup votre apport à nos travaux.

Dr Condé, vous avez beaucoup insisté sur le bien-être des médecins, décharger un peu leur... leur stress et leur accablement par la paperasse, là. J'en suis, là, j'ai perdu moi-même un excellent médecin de famille il y a quelques années pour cause de burn-out. Je l'ai recroisé récemment, d'ailleurs, par hasard, dans ma circonscription. Il était rayonnant de bonheur, parce qu'il a pris sa retraite. C'est malheureux. On a perdu un médecin, mais on a probablement sauvé quelqu'un, parce qu'il était vraiment trop surchargé de travail. Alors, je comprends parfaitement votre point — je mets la table à ma question — mais vous parlez assez peu des patients dans votre mémoire.

Je crois comprendre que le projet de loi, tel qu'il est en ce moment, vous êtes majoritairement en faveur, là. Vos recommandations ne touchent pas, d'ailleurs, le projet de loi comme tel. Ce n'est pas un reproche, c'est une constatation. Supposons que ça facilite la vie aux médecins, et nous le souhaitons tous ici, je crois, en quoi ça facilite la vie aux patients, ce qu'on dépose aujourd'hui, le projet de loi? En quoi ça rend le service plus facile ou plus adéquat aux patients?

M. Condé (Jean-Joseph) : Donc, sous... sous deux aspects au moins. Donc, premièrement, tous ces patients, donc, peuvent être quoi? Dans une journée, je dois avoir peut-être deux, trois patients qui viennent simplement pour avoir un certificat médical. Mais ça, c'est déjà deux, trois rendez-vous que je qualifierais d'administratifs, parce que les gens ne sont plus malades, ils viennent simplement pour un formulaire, faire compléter un formulaire. Donc, ces rendez-vous-là pourraient être pris par des patients qui ont besoin de soins de santé, qui ont besoin d'avoir accès à un médecin. Donc, là, je pense qu'on augmente l'accès.

Deuxièmement, si on réduit mes trois heures que je fais, de paperasse, le soir, bien, mes patients vont en bénéficier, c'est-à-dire, probablement, je pourrai... je serai capable de voir sûrement deux, trois patients de plus dans ma journée mais aussi je vais pouvoir être capable de rentrer plus tôt, d'être mieux reposé et, le lendemain, d'être plus en forme et plus disponible pour mes patients. Donc, c'est là qu'on dit que la qualité de soins aux patients va en bénéficier. Donc, les patients vont bénéficier d'une augmentation de l'accès et d'une meilleure qualité de soins, parce que nos médecins seront moins épuisés.

M. Marissal : Oui. Je comprends bien. Et, par ailleurs, vous ne faites pas l'adéquation parfaite, là, de chaque heure sauvée en paperasse, c'est une heure de rendez-vous par... pour patient, là. Juste pour qu'on soit clair, là, c'est un bon pas dans la bonne direction, là, mais il n'y a pas de baguette magique ici, là, on ne va pas nécessairement sauver 600 000 plages de rendez-vous, là?

M. Condé (Jean-Joseph) : Non. Ce calcul... ce calcul mathématique est impossible à faire, il est très complexe. Donc, combien de patients consultent un médecin chaque jour pour un certificat médical? Est-ce qu'on connaît le nombre? Je pense qu'on ne le connaît pas. Ensuite, bien, c'est sûr que si ces gens-là n'ont plus à consulter, bien, ces plages-là vont être prises par d'autres patients, qui ont besoin de médecins. Maintenant, combien de patients... combien de patients de plus vont être vus? Ça, on ne le sait pas, mais on sait qu'il va y en avoir. Si le médecin est moins... doit faire moins de paperasse, et je sais qu'il y a des médecins qui font leur... Moi, je la fais après, comme beaucoup de médecins, je la fais après les heures, la fin de semaine, le soir. Mais il y a des médecins qui... qui le font... Ils arrêtent de voir des patients à 3 heures de l'après-midi pour faire leur paperasse de 3 à 5. Alors, ça, ce serait du temps de consultation qui pourrait être libéré. Donc, oui, il y aura un bénéfice, mais est-ce qu'on est capable de le quantifier mathématiquement? Ça me semble très complexe.

M. Marissal : Dernière question, rapidement, Dr Condé. La FMOQ a proposé cinq jours d'absence... trois fois, trois fois cinq jours d'absence annuellement. C'est trois en ce moment dans le projet de loi. La FMOQ dit : Ça serait préférable 5, ne serait-ce que pour que les gens se soignent vraiment avant de retourner en milieu de travail...

La Présidente (Mme D'Amours) : ...nous avons. Je suis vraiment désolée. Je dois maintenant remercier nos hôtes... nos invités pour la contribution... pour votre contribution aux travaux de la commission.

Je suspends les travaux quelques instants afin de permettre aux prochains invités de prendre place.

(Suspension de la séance à 12 h 20)

(Reprise à 12 h 26)

La Présidente (Mme D'Amours) : Nous reprenons nos travaux. Et je souhaite maintenant la bienvenue à l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes. Je vous rappelle que vous disposez de 10 minutes

pour votre exposé et, par la suite, nous procéderons à la période d'échange. Je vous invite donc à vous présenter et à nous donner votre exposé, s'il vous plaît.

Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP)

Mme Duhaime (Lyne) : Mme la Présidente, M. le ministre, membres de la commission, mon nom est Lyne Duhaime et je suis présidente de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, que nous appelons ACCAP Québec, un autre acronyme. Merci de nous donner l'occasion de partager nos commentaires concernant le projet de loi n° 68. Je suis accompagné par M. Denis Dubois, président et chef de l'exploitation de Desjardins Sécurité financière et président du conseil d'administration d'ACCAP Québec, ainsi que M. Martin Roussel, vice-président, Prestations santé et services à la clientèle et aux assurés chez Beneva.

L'ACCAP est une association qui regroupe les compagnies d'assurance de personnes qui font affaire au Québec et au Canada. Nos membres travaillent de concert avec les employeurs, les syndicats et les associations professionnelles pour offrir à plus de 6 millions de Québécois des régimes d'assurance collective et des régimes d'assurance invalidité individuels. Ces régimes couvrent, entre autres, des services paramédicaux comme les traitements d'un psychologue, physiothérapeute ou chiropraticien, de même que des couvertures d'assurance invalidité.

M. Dubois (Denis) : Les assureurs de personnes estiment que l'une des solutions pour améliorer la performance du réseau de la santé repose sur une 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 notre association a manifesté publiquement au printemps dernier. Nous avons offert 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 visés par le gouvernement et comment ces objectifs peuvent s'arrimer avec la réalité de l'assurance collective.

Les assureurs ont analysé en détail les articles du projet de loi et nous retenons les orientations suivantes. Les assureurs n'exigeront plus de référence d'un médecin pour couvrir les frais d'autres intervenants de la santé, comme les physiothérapeutes, les psychologues, les ergothérapeutes. Les assureurs n'exigeront plus de référence d'un médecin pour la vaste majorité des aides techniques, ils accepteront les références de d'autres professionnels qualifiés lorsque nécessaire. Par exemple, un ergothérapeute pourra valider la nécessité d'une aide à la mobilité d'un individu. En assurance invalidité, les assureurs ne dicteront pas la fréquence des rendez-vous avec le médecin, cela relève des compétences du médecin.

Toutefois, les assureurs doivent pouvoir continuer à communiquer avec le médecin pour obtenir des informations. Ils doivent aussi pouvoir continuer à exiger un rendez-vous médical ponctuel lorsque certains événements précis se produisent. Lorsqu'une personne est en invalidité, cette collaboration entre le patient, le médecin et l'assureur, et j'ajouterais l'employeur, est essentielle afin d'assurer un retour à la santé et au travail de la personne concernée. Malheureusement, le projet de loi est beaucoup plus large et pourrait involontairement compromettre la viabilité à long terme des régimes d'assurance invalidité du Québec. Heureusement, nous sommes convaincus que quelques amendements clés assureront l'équilibre entre la réduction de la charge administrative des médecins et le maintien de certaines mesures de contrôle afin d'éviter une hausse des coûts de l'assurance collective qui est assumée par les employés, les syndiqués et l'employeur.

M. Roussel (Martin) : La disposition concernant l'invalidité est au coeur des préoccupations de l'industrie. Il est important de rappeler que cette couverture représente un filet de sécurité important pour les Québécois. Elle offre un remplacement de revenu lors d'un arrêt de travail pour des raisons de santé physique ou mentale. Essentiellement, il y a quatre acteurs clés qui jouent un rôle important dans les régimes d'assurance invalidité, soit l'assureur, le médecin traitant, la personne assurée et le preneur du contrat. Ce qu'on veut dire ici, c'est principalement soit un syndicat ou les employeurs, qui sont preneurs d'un contrat. L'assureur est responsable de verser des prestations d'assurance à la personne assurée en fonction des modalités choisies par le preneur de contrat. Tout au long de la période d'invalidité, l'assureur collabore activement avec le médecin traitant ainsi que l'assuré, le patient, qui doit participer à son rétablissement et adhérer au traitement recommandé par son médecin. Quant au preneur, il détermine les paramètres du contenu du contrat. L'objectif de cette collaboration est que la personne puisse retourner au travail de façon sécuritaire et au moment opportun. La collaboration peut s'effectuer par échange de renseignements, discussions téléphoniques et/ou des formulaires à compléter.

• (12 h 30) •

Soyons clairs, les assureurs sont conscients que les formulaires d'invalidité représentent une charge administrative pour les médecins. C'est pour cette raison que l'ACCAP a développé, en 2017, des formulaires standards d'invalidité qui sont acceptés par tous les assureurs de personnes. Nous avons recommandé au gouvernement d'intégrer ces formulaires aux dossiers médicaux électroniques. D'ailleurs, la Nouvelle-Écosse a mis en oeuvre ce type d'initiative, qui a réduit d'environ 70 % le travail du médecin. En clair, les assureurs sont prêts à réduire, simplifier, numériser les formulaires. Toutefois, il n'est pas possible d'éliminer complètement les demandes d'information. Il est indispensable que les assureurs puissent continuer à avoir accès à toutes les informations médicales nécessaires pour évaluer la situation de l'assuré et gérer correctement les demandes de prestations d'invalidité. Cela est nécessaire notamment pour valider si les limitations fonctionnelles découlant de la condition médicale empêchent la personne de travailler, pour s'assurer qu'elle suit ses traitements lorsque requis et qu'elle retourne au travail de façon sécuritaire lorsque sa

santé le permet. Le projet de loi ne peut avoir comme conséquence d'augmenter la durée des versements des prestations d'invalidité en raison du manque d'information.

Si la durée moyenne de l'invalidité des assurés auprès de l'assureur ne devait augmenter que de deux semaines en raison du projet de loi, les conséquences seraient les suivantes : une augmentation de l'ordre de 23,6 % des prestations payées pour les invalidités de courte durée, et une augmentation de 4,3 % des prestations payées pour les invalidités de longue durée. Considérant que des prestations de 530 millions ont été versées en invalidité courte durée en 2022 et de 1,7 milliard en invalidité longue durée, des augmentations de 23,6 % et de 4,3 % sont énormes, et c'est sans compter les impacts en matière de productivité sur les entreprises. Comme les régimes d'invalidité sont entièrement payés par les employeurs et les employés, ce sont eux qui absorberaient ces hausses. En plus de ces augmentations, les changements qui visent les soins de santé contribueront également à une hausse des primes pour les employeurs et les employés, et donc une hausse du coût de la vie. Les régimes, les employeurs et les syndicats doivent inclure certaines mesures de contrôle, à l'instar des assurances publiques offertes par la SAAQ et la CNESST, afin qu'ils demeurent viables.

Mme Duhaime (Lyne) : Nous estimons qu'il est important d'amender divers articles qui, tels que rédigés, sont trop larges et ne correspondent pas à l'intention du gouvernement telle qu'exprimée dans la partie accessible du mémoire présenté au Conseil des ministres.

Premièrement, on suggère de créer un nouvel article qui traite spécifiquement des dispositions touchant l'invalidité. Contrairement aux autres dispositions du projet de loi, l'assuré doit être accompagné dans son rétablissement dans le cas d'une réclamation en invalidité. Cela implique un suivi médical sur une certaine période et exige une collaboration entre l'assuré, le médecin et l'assureur.

Deuxièmement, nous recommandons que les dispositions touchant l'invalidité ciblent clairement l'intention du gouvernement d'interdire à l'assureur de dicter la fréquence des rendez-vous médicaux tout en reconnaissant qu'ils peuvent exiger qu'un rendez-vous médical ponctuel ait lieu lors de certains moments clés et pour la gestion des clauses contractuelles nécessitant des renseignements médicaux ou l'avis d'un médecin. En effet, nous comprenons du mémoire public déposé au Conseil des ministres par les ministres de la Santé et du Travail que l'objectif du gouvernement est que la fréquence des suivis médicaux d'un patient soit établie par son médecin. Nous adhérons à cet objectif et recommandons que le libellé du projet de loi porte clairement sur l'interdiction d'imposer une fréquence de rendez-vous. Cela enverrait un message clair que cette pratique est désormais interdite.

Troisièmement, nous recommandons que le projet de loi précise clairement qu'il ne modifie pas le droit des assureurs d'obtenir les informations nécessaires pour la gestion de l'invalidité et qu'il n'empêche pas l'assureur d'échanger avec un médecin aux mêmes fins. Cet accès aux informations médicales est fondamental car il permet aux assureurs de gérer proactivement les dossiers d'invalidité en soutenant les personnes assurées.

Ensuite, tel que mentionné dans notre mémoire, nous avons quelques amendements un peu plus techniques. Je vais y aller un peu plus rapidement. On... Nous recommandons d'enlever le mot «indirectement» afin d'éviter les ambiguïtés inutiles quant à la portée du projet de loi.

Cinquièmement, nous recommandons que le terme «service médical», qui n'est pas défini, soit remplacé par le terme «service assuré», tel que défini par la Loi sur l'assurance maladie.

Sixièmement, nous proposons de remplacer le terme «intervenant du domaine de la santé et des services sociaux» par «professionnel de la santé ou des services sociaux régi par le Code des professions» afin d'identifier clairement les professionnels visés par le projet de loi.

Enfin, nous proposons d'amender l'article 29.2 du projet de loi afin que l'assureur soit réputé conforme à la loi. Cet amendement ne permettrait pas aux assureurs de ne pas se conformer à la loi. L'objectif est que les assureurs n'aient pas à modifier leurs contrats, notamment ceux ayant une portée extraprovinciale ou encore les contrats incorporés dans des conventions collectives ou les contrats d'assurance individuelle qui ne prévoient aucun renouvellement.

En conclusion, nous réitérons notre collaboration afin d'optimiser l'efficacité du système de santé. Nous sommes convaincus que les amendements proposés permettront d'atteindre les objectifs du gouvernement tout en évitant une hausse des coûts de l'assurance invalidité et de l'assurance collective dans son ensemble.

Nous vous remercions de nous permettre de contribuer à cette réflexion et sommes prêts à répondre à vos questions.

La Présidente (Mme D'Amours) : Je vous remercie pour votre exposé. Nous allons maintenant commencer la période d'échange avec M. le ministre. La parole est à vous.

M. Boulet : Merci, Mme la Présidente. Merci à l'ACCAP. L'acronyme est utile parfois. Merci de la qualité de votre présentation, de la préparation, du temps que vous avez consacré à bien le préparer.

Évidemment, on a peu de temps. Je vais faire un certain nombre de commentaires, notamment sur la proposition de scinder 29.1. Je trouve ça relativement intéressant parce que, sur le fond, je pense qu'on s'entend que des services professionnels, ergothérapeutes, psychologues ou physiothérapeutes, c'est assez clair, les aides techniques aussi, mais c'est l'assurance invalidité, où vous dites qu'il faudrait préciser clairement l'intention du législateur que le jugement clinique du professionnel soit respecté, le professionnel de la santé ou l'intervenant de la santé. Ça, j'adhère à ça complètement, là, en fait, la fréquence et la pertinence des rencontres. D'ailleurs, quand on avait fait l'annonce avec la CNESST, on avait mis énormément l'accent sur cette «incontournabilité», si vous me permettez, du jugement clinique du professionnel de la santé qui s'occupe du travailleur qui est accidenté ou malade, en vertu

de la loi sur les accidents de travail. Je trouve — c'est un commentaire que je fais — je trouve que c'est intéressant. Par ailleurs, il n'y a rien... parce que vous faites référence, des fois à... bon, l'assureur peut vouloir communiquer avec le médecin, il n'y a rien qui... pour bien gérer le dossier d'absentéisme, il n'y a rien, dans le projet de loi, dans mon esprit à moi, et quand je... et quand... quand je le relis, qui empêche cette communication-là, puis le rendez-vous ponctuel non plus. Tu sais, c'est sûr que l'impact de l'augmentation des durées d'absences pour invalidité sur les coûts et ultimement la retombée sur l'augmentation des primes, ça nous préoccupe tous, là. L'objectif, c'est vraiment de réduire une charge administrative pour transformer du temps sans valeur ajoutée en du temps clinique, ce pour quoi les médecins ont une expertise et ce pour quoi les Québécois ont un besoin d'accès amélioré, particulièrement dans un contexte de pénurie de main-d'oeuvre. Puis, des fois, vous pouvez simplement vouloir vérifier des informations sur un formulaire non complété et plutôt que de faire des allers-retours, la communication, elle est parfois utile. Puis le rendez-vous ponctuel, il peut aussi, dans certains cas... Puis, il ne faut pas oublier, Me Duhaime, qu'il va y avoir un règlement qui va préciser des cas d'exception, avec leurs tenants et aboutissants, qui vont donner un éclairage un peu plus précis, là, de certains éléments, notamment les aides techniques, là, vous faites référence dans votre mémoire aux aides techniques qui requièrent absolument une référence médicale. Ça, il y a un règlement ou des règlements qui sont d'ailleurs en travail pour s'assurer de bien baliser, là, les informations, puis ce qui est requis pour le remboursement des aides techniques.

Vous avez dit : Enlevez le mot «même indirectement». Vous savez l'impact parce que vous avez pratiqué le droit aussi. Vous dites : Vous devriez l'enlever, «même indirectement», puis, plus tard, vous dites que c'est un terme qui est superfétatoire. Je pense que c'est le mot que vous utilisez. Donc, ça veut dire redondant. S'il est redondant, pourquoi vous souhaitez tant qu'il soit enlevé? Mais je vais le... on va l'analyser là, bien sûr, mais j'aimerais ça, peut-être, que vous précisiez votre pensée sur votre recommandation d'enlever, entre guillemets, «même indirectement».

• (12 h 40) •

Mme Duhaime (Lyne) : Mais, en fait, vous savez, le projet de loi vient aussi avec des pénalités potentiellement importantes. Donc, pour les assureurs, il est crucial, lorsque le projet de loi sera une loi, de s'y conformer. Donc, l'ajout du mot «indirectement», en sus de l'imprécision de certains autres termes, pourrait créer des situations où, par exemple, une personne décide elle-même d'aller voir son médecin, et qu'on dise : Bien, finalement, c'est comme si vous aviez indirectement contrevenu à la loi. Donc c'est vraiment pour un souci de clarté de quelles sont mes obligations, mon obligation, et je ne peux pas faire telle chose. Mais si on me dit «même indirectement», ça ouvre une porte à beaucoup d'incertitude. Et, vous savez, dans les... chez les assureurs, il y a des grandes, grandes équipes de conformité et ils n'aiment pas beaucoup ça, l'incertitude. Ils aiment bien savoir quelles sont les obligations, est-ce que l'entreprise est conforme. Donc, c'est vraiment toute l'incertitude qui vient avec l'ajout d'un terme, du terme «indirectement». Puis on ne voit pas vraiment l'utilité. On ne peut pas faire telle chose, on ne le fera pas. Lorsqu'on dit «même indirectement», à quoi fait-on référence?

M. Boulet : En fait, c'est en relation avec l'interdiction de l'assureur ou de l'administrateur d'un régime d'avantages sociaux d'exiger un service médical. Donc, «même indirectement», c'est... tu sais, c'est sûr, ce à quoi vous faites référence, c'est la personne qui décide d'aller voir. Mais si la personne décide d'aller voir l'intervenant ou le médecin, ce n'est pas parce que c'est exigé par l'assureur. Mais je pense que je comprends votre point, là. OK.

Sur la notion de service médical, évidemment, juste un commentaire, on ne l'a pas défini clairement, mais c'est parce qu'on voulait que ce soit pris dans son sens large et libéral et incluant des services de diagnostic, de prévention, de traitement et autres, là, mais c'est la raison qui nous a incités à conserver ou à utiliser cette notion-là, et, évidemment, c'est le service d'un médecin que nous voulons... c'est les médecins à l'égard desquels on veut contribuer à alléger leur fardeau administratif.

Sur la notion d'intervenant, pouvez-vous me revenir... me remettre dans l'esprit de votre mémoire? Vous dites : Pas «intervenant de la santé», je pense que vous faites référence, comme d'autres, à : ça devrait être un professionnel de la santé, parce que régi par le Code des professions et par une loi spécifique. Est-ce que c'est bien la nature de votre recommandation, maître?

Mme Duhaime (Lyne) : Oui, tout à fait. Donc, on suggère de remplacer «intervenant de la santé» par «un professionnel de la santé assujéti au Code des professions». Et, bon, on a fait l'exercice, la liste, elle est très longue. Donc, la grande majorité des intervenants de la santé sont assujétis à un code des professions. Donc, encore une fois, c'est pour des fins de précision. «Intervenant de la santé», ce n'est pas un terme qui existe dans le corpus législatif au Québec, donc... À moins que je ne me trompe?

M. Boulet : Non, non, non. Je vous écoute.

Mme Duhaime (Lyne) : Mais donc... Voilà. Donc, qu'est-ce qu'un intervenant de la santé? C'est une terminologie qui est très, très large.

M. Boulet : Vous dites : La majorité des professionnels de la santé ou des personnes qui interviennent dans le domaine de la santé sont sous le chapeau d'une corporation ou d'un ordre professionnel. Donc, il y en a qui ne sont pas membres d'un ordre professionnel. On pourra peut-être faire la liste, là, mais, aisément, il me vient en tête les kinésithérapeutes, les massothérapeutes. Puis, tu sais, on réfère à la santé et services sociaux, il y en a beaucoup, là, puis il y en a qui se sont additionnés au fil des années. C'est la raison pour laquelle on n'a pas voulu limiter ça aux

professionnels de la santé régis par une loi, par l'Ordre des professions. C'était un commentaire que je voulais partager avec vous.

L'autre élément, la présomption. En fait, vous dites : Si ça demeure au-delà d'une année, on ne veut pas être présumé... on ne veut pas que la compagnie d'assurance soit réputée non conforme et être éventuellement soumise à des sanctions ou à une amende, tel que prévu dans la loi. Vous voudriez que ce soit l'inverse?

Mme Duhaime (Lyne) : Ce qu'on voudrait, c'est que les contrats soient réputés amendés, finalement. Donc, même si le contrat n'est pas amendé, parce que c'est une police d'assurance invalidité individuelle, par exemple, donc il n'y a pas de renouvellement puis on ne peut pas amender la police, elle a été émise, contrairement aux contrats collectifs qui sont renouvelés sur une base... à une certaine... à la fréquence... Mais donc on veut que... ou, par exemple, un contrat d'assurance collective intégré dans une convention collective, la convention collective, elle n'est pas échue. Donc, on veut être réputé avoir modifié notre contrat et devoir se conformer à la loi. On ne veut pas être coincé entre nos obligations contractuelles qui disent une chose et les obligations de la loi. Donc, l'assureur va appliquer la loi comme si son contrat avait été modifié.

M. Boulet : Je comprends. Puis c'est vrai que ça fait, parfois, partie intégrante d'une convention collective de travail. Ça peut faire l'objet d'un grief, d'une interprétation, d'une application par un arbitre qui est nommé par les parties. On va faire une réflexion là dessus, mais c'est sûr que ce qui m'ennuie un peu, c'est que ça enlève une valeur incitative aux compagnies d'assurance d'adapter le contenu de leur contrat d'assurance. Je ne sais pas si vous me saisissez bien. Puis, deuxièmement, ce qui m'ennuie un peu, c'est l'assuré qui ne connaît pas nécessairement le contenu de la loi, puis qui se fie à son contrat d'assurance sans connaître... parce que même si on dit que tout le monde est présumé connaître la loi... Mais il peut y avoir une réflexion à faire à cet égard-là. Donc, on perd l'effet incitatif pour les assureurs d'adapter leur contrat d'assurance à ce qui est contenu dans le projet de loi, puis on dilue un peu la connaissance ou la portée que la loi peut avoir chez une personne assurée qui se fie souvent au libellé de son contrat.

On va analyser. Je pense que... Puis j'aimerais ça vous entendre, peut-être, dernier commentaire, là, mais vous dites : Le règlement... le règlement devrait être fait par le ministère ou par le gouvernement plutôt que par Santé Québec. Est-ce que je vous ai bien compris aussi?

Mme Duhaime (Lyne) : Non, en fait, non. Non, ça...

M. Boulet : OK. Parfait. Je pense que c'est pour les déclarations sur une base triennale de la conformité de vos pratiques...

Mme Duhaime (Lyne) : Parce que... En fait, on fait référence... on a travaillé avec la RAMQ pour développer un système d'attestation de conformité pour les régimes d'assurance médicaments et on suggère de faire la même chose. C'est un... c'est déjà bien établi. Donc, c'est, aux trois ans, des attestations des gens de la conformité de l'assureur, qui confirment que les régimes de cet assureur sont conformes à la loi. Donc, tout le... tout est déjà... la structure est déjà existante pour faire ce genre de certification là, et donc on suggérerait d'en bénéficier, là, de l'utiliser, puisque ce serait plus simple.

M. Boulet : Tout à fait, bien compris. Donc, sur ce, moi, je vous remerciais. Puis vous savez que toute nouvelle loi, celle-ci à connotation humaine et sociale, requiert l'engagement puis la collaboration de tous les partenaires, dont vous faites partie, là, d'un ensemble de partenaires qui sont vraiment essentiels à ce que ça puisse donner les résultats anticipés. Et donc que l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes ait discuté, dialogué et continue de le faire, moi, je trouve que c'est au bénéfice de tout le monde, de tous les patients, patientes, notamment ici, au Québec. Merci beaucoup.

• (12 h 50) •

La Présidente (Mme D'Amours) : Merci. Maintenant, je vais céder la parole à la députée de Bourassa-Sauvé.

Mme Cadet : Merci, Mme la Présidente. Bonjour, Mme Duhaime, M. Roussel, M. Dubois, merci beaucoup pour votre présentation.

J'ai bien saisi, de votre côté, que... En fait, vous nous avez fait, donc, un résumé, donc, des différentes orientations que vous proposez, en disant... en ce qui a trait aux professionnels de la santé, vous dites, donc : Les assureurs n'exigeront plus de références du médecin pour couvrir les frais d'autres professionnels, les aides techniques, n'exigeront plus de références du médecin pour la majorité des aides techniques qui accepteront les références d'autres professionnels qualifiés. L'invalidité, vous demandez, donc, certaines précisions dans le libellé du projet de loi, puis j'abonde un peu dans le même sens. Je posais la question à d'autres témoins, hier, sur le libellé, pour s'assurer que ça reflète bien l'intention du législateur, qui n'est pas de dire qu'il n'y aura pas de demandes faites, donc, pour ce qui est des rendez-vous de suivi, là, pour ce qui est, donc, des prestations d'assurance invalidité, mais que c'est... cette fréquence-là soit dictée par le médecin traitant, plutôt que par les assureurs.

Dans le résumé de vos orientations, vous nous indiquez aussi : Les assureurs, donc, doivent aussi pouvoir continuer à exiger un rendez-vous médical ponctuel lorsque certains événements précis se produisent. J'aimerais obtenir plus de précisions ici. Qu'est-ce que vous entendez par là?

M. Roussel (Martin) : En fait, il y a plusieurs éléments qui pourraient arriver, mais un des plus fréquents qu'on peut voir c'est qu'on a une information additionnelle, par exemple, de l'employeur, qui va démontrer, peut-être, un changement au niveau de conditions de travail, ou on va avoir, avec un autre professionnel de la santé, une condition médicale qui va avoir été modifiée, qui va avoir changée chez le patient. Donc, on veut s'assurer de faire vraiment le lien avec le médecin traitant, tout ça dans un continuum de santé bout en bout pour s'assurer qu'il n'y ait pas rien de contradictoire non plus. Donc, un médecin, de son côté, peut avoir une information x à une date, il y a... par exemple, il y a un mois, puis il y a une nouvelle information qui arrive aujourd'hui, puis le médecin revoit seulement le patient dans un mois, dans deux mois, selon la fréquence des rendez-vous qui aura été établie selon la condition médicale de la personne. Donc, on veut s'assurer, à ce moment-là, si on détient une information additionnelle, qu'on soit en mesure de dire : Vous devriez avoir une consultation additionnelle avec votre médecin de famille ou votre médecin traitant, étant donné qu'il y a une information nouvelle, qui vient d'arriver au dossier, qui pourrait changer, jusqu'à un certain point, l'admissibilité à l'assurance.

Donc, on ne veut certainement pas que l'assuré soit pris, rendu au bout, avec un autre type d'administration, un autre type d'administratif, parce qu'il ne peut plus avoir accès à ses prestations d'invalidité, compte tenu de la nouvelle information. Donc, c'est un peu plus dans ce sens-là qu'on va avoir certaines informations additionnelles, de nouvelles données, qui va permettre d'avoir vraiment un travail de collaboration, j'oserais même dire, un travail d'équipe entre l'assureur, l'assuré, le médecin traitant et d'autres types de professionnels. Donc, on peut penser, certainement, des fois, à un programme de réadaptation qui va donner une nouvelle information qui sera pertinente au niveau du médecin traitant.

Mme Cadet : D'accord, d'accord. Et là, j'imagine, parce qu'effectivement, dans le projet de loi, donc, il y a... le projet de loi, donc, réserve, donc, au gouvernement, donc, le droit, donc, de pouvoir édicter, donc, un règlement, donc, ça ferait partie, donc, des exceptions que vous voudriez voir, par exemple, donc, dans le règlement, et qui serait complémentaire à ce qu'on lit dans l'article 29.1. C'est ça?

Mme Duhaime (Lyne) : Peut-être juridiquement, étant donné qu'on parle de l'invalidité, on suggère que ce soit... que l'article soit amendé, donc que ce soit plus clair dans la loi elle-même que ça reflète, en fait, mieux l'intention du gouvernement tel que l'intention avait été énoncée, là, publiquement.

Mme Cadet : Ah! OK. Donc, oui, donc, c'est quelque chose qui pourrait... ce serait, donc, le type d'exemples que vous, vous dites, donc, dans le cadre d'un règlement, donc, il faudrait le voir. Mais, sur le plan juridique, là, il faudrait s'assurer, donc, de scinder le tout, parce qu'ici, donc, vous... on n'est pas du tout, donc, dans le... la demande, donc, de l'assureur, donc, d'obtenir un billet du médecin avant d'avoir accès à des services d'autres professionnels de la santé ou d'avoir accès à des aides techniques. Mais vraiment cette demande-là, c'est strictement... vous la voyez strictement sur le plan des prestations d'assurance invalidité.

Mme Duhaime (Lyne) : Exactement.

Mme Cadet : OK.

M. Roussel (Martin) : Je me permettrai peut-être...

Mme Cadet : Oui.

M. Roussel (Martin) : Si je peux me permettre, Mme la députée, de préciser peut-être dans d'autres termes : en fait, on veut voir où on est enclin à réduire de façon importante les rendez-vous, ce qu'on appelle, nous, de type administratif, pour vraiment avoir des rendez-vous ponctuels, ad hoc, qu'on pourrait dire, qui sont toujours en lien avec un continuum santé au niveau du patient. Tandis que les rendez-vous administratifs étaient plus... d'une fréquence... ancienne... ancienne méthode, on pourrait dire, anciennement. Donc ça, à ce moment-là, c'est ce volet-là qu'on voudrait vraiment retirer.

Mme Cadet : Oui, c'est clair. Il y a plusieurs... Il y a quelques groupes, je peux dire plusieurs... quelques groupes hier, qui sont venus, donc, nous exprimer des craintes qui ont été dissipées, du côté de l'intention du législateur, de dire : OK, l'objectif, donc, de réduire la charge administrative des médecins de famille n'est pas de faire en sorte, donc, que cette charge-là, donc, soit imputée, donc, à d'autres professionnels de la santé. Est-ce que... Compte tenu, donc, de votre mémoire, donc, comment est-ce que vous seriez en mesure, donc, de rassurer ces groupes-là, que, du côté des assureurs, il n'y a pas d'intention de dire : OK, bien, dans le projet de loi, on est d'accord, c'est-à-dire on n'aura pas besoin de passer par un médecin pour obtenir son billet pour aller voir un autre professionnel de la santé, mais que vous ne seriez pas en contravention de la loi, si vous alliez... vous iriez voir un autre type de... vous exigeriez d'aller voir un autre type de professionnel avant de... pour obtenir, donc, son billet, donc, avant, donc, que l'assureur, donc, puisse se faire rembourser, donc, des services?

M. Dubois (Denis) : On a amorcé l'année passée, avant même le projet de loi, une réflexion du côté de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, l'ACCAP, au niveau national et au niveau

provincial aussi, cette réflexion-là sur comment réduire la charge. Ça fait que, un, l'intention, on l'avait déjà avant que le projet de loi soit amené. Donc... Parce que toutes les organisations aujourd'hui cherchent, d'une part, à simplifier la vie des... de leurs clients, ce n'est pas différent dans le contexte des compagnies d'assurances de personnes, et, en plus, on voit bien qu'il faut donner de l'air à notre réseau de la santé. Ça fait que cette réflexion-là, on l'avait commencée. Et c'est pour ça d'ailleurs qu'on avait annoncé, déjà, du côté de l'association, des changements qui allaient dans ce sens-là. Ça fait que notre intention, c'est absolument de poursuivre. On fait écho à ce que d'autres groupes ont mentionné. Je pense que ça prend un travail de concertation. On ne peut pas... il n'y a pas personne qui peut faire... C'est probablement un des défis qu'on a, c'est travailler ça vraiment avec l'ensemble des acteurs. On a été... C'est les mêmes compagnies d'assurance qui étaient dans le projet avec la Nouvelle-Écosse, hein, c'est... il n'y a pas des compagnies à l'extérieur du Québec puis au Québec, c'est les mêmes assureurs. Donc, ça prend un travail concerté pour éliminer au maximum tout ce qui n'est plus pertinent aujourd'hui. Puis il y a tout un historique sur lequel on doit travailler collectivement, simplifier au maximum et assurément automatiser. Et un des gros gains dans le cas de la Nouvelle-Écosse, c'est d'avoir intégré l'information dans le dossier de santé. Donc plus de ressaisies. On minimise. Donc l'intention, elle est absolument là.

En même temps, ce qu'on dit dans notre mémoire, c'est qu'on doit tous avoir le souci de l'impact de nos actions sur l'évolution des coûts des régimes. Parce qu'ultimement, les patients, bien, c'est aussi des gens qui souscrivent aux contrats, pour qui la considération sur le coût, elle est là. Je vous dis, elle est très actuelle. Les hausses qui découlent des régimes d'assurance collective, que ce soit l'inflation sur les médicaments, les coûts de la santé, donc, il faut se soucier aussi. Donc, on a besoin de ce travail concerté là pour s'assurer qu'on ne fait pas, on ne génère pas des effets négatifs parce qu'on a voulu aller trop loin ou trop vite. Mais l'intention, elle est absolument là, de l'ensemble des compagnies, d'alléger au maximum ce qui n'a plus de valeur aujourd'hui.

Mme Cadet : Donc pas de faire ricochet vers d'autres professionnels, mais vraiment d'alléger la charge un peu pour tout le monde.

M. Dubois (Denis) : Mais il y a peut être certains services où ça sera pertinent d'aller quand même, parce que les coûts sont significatifs, parce que... Mais on va vouloir réduire au minimum ces situations-là.

Mme Cadet : Par exemple, quel type de services?

M. Dubois (Denis) : Tu peux peut-être Martin, donner des exemples.

M. Roussel (Martin) : On pourrait, par exemple, on pourrait avoir un lit articulé, par exemple, ou une condition particulière qui pourrait aider un patient, là, en aide technique. À ce moment-là, on pourrait, au lieu d'aller vers un médecin pour avoir une prescription... Donc, comme on disait, c'est des coûts quand même importants. On veut s'assurer que la condition médicale requiert vraiment ce soin particulier. Donc, à ce moment-là, par exemple, un ergothérapeute pourrait certainement faire la prescription... bien, la prescription... l'avis médical, en fait. C'est certain que ce qu'on voit régulièrement, par exemple, puis c'est pour ça qu'on voit peut-être un peu moins de recharges aux autres professionnels, c'est que ces... ces patients-là, ces assurés-là sont, la plupart du temps, déjà suivis par un professionnel, que ça soit un physiothérapeute, que ça soit un chiropraticien, que ce soit un ergothérapeute. Donc, à ce moment-là, ils devaient se diriger vers un médecin, mais il est déjà en contact, la majorité du temps, avec un professionnel de la santé. Donc, on ne voit pas une surcharge, mais plutôt simplifier, étant donné que l'ergothérapeute, dans un cas comme ça, comme exemple, pourrait tout simplement faire une référence médicale qui serait acceptée du côté des assureurs.

Mme Cadet : C'est ça. Donc, l'avis médical, donc, du spécialiste ici, donc, serait... c'est ça, donc, serait accepté de la part des assureurs...

M. Roussel (Martin) : Exact.

Mme Cadet : ...sans que la personne, donc, ait à passer... à refaire, donc, tout le processus, donc, d'essayer d'obtenir, donc, un avis, donc, d'un médecin généraliste. Donc, il pourrait donc conserver, donc, sa relation avec son propre... son propre spécialiste qui, lui, donc, pourrait émettre l'arrêt puis la référence ou l'avis?

M. Roussel (Martin) : Exact.

Mme Cadet : Très bien. Vous avez parlé de l'exemple de la Nouvelle-Écosse, là, où est-ce que... on en a beaucoup entendu parler au cours des derniers jours, sur l'uniformisation des formulaires. Donc, vous, qu'est-ce que vous pensez?

• (13 heures) •

M. Dubois (Denis) : Oui, bien, je peux commencer, Lyne, tu compléteras. Dans le fond, on supporte pleinement l'objectif, puis je pense que cette étape-là, de rentrer l'information dans le dossier numérique, bien, s'assure de l'application de la standardisation des formulaires, parce qu'on... je pense que ça a été mentionné au Québec, on a des formulaires aujourd'hui. Toutefois, comme les formulaires existent encore un peu partout, on a de la

difficulté à s'assurer de l'application dans la vraie vie des formulaires standardisés. Donc, ce qui a été différent dans le cas de la Nouvelle-Écosse, c'est d'intégrer dans le dossier les formulaires, et ça, ça a fait en sorte qu'on a accéléré sur l'adoption. Je ne sais pas, Lyne, si tu veux... Oui.

Mme Duhaime (Lyne) : Bien, tout à fait. L'aspect numérisation... Il y a la standardisation, mais elle a été comme... en quelque sorte forcée par la numérisation, donc c'était... c'est une étape qui a été quand même très importante, là. Puis, bon, j'imagine que, si la Nouvelle-Écosse a pu le faire, il est certainement possible de le faire au Québec aussi, là.

Mme Cadet : Oui, je pense que c'est ce qu'on entendait de la part de nos interlocuteurs précédents. Je veux dire, on a tout ce qu'il nous faut au Québec...

Mme Duhaime (Lyne) : Oui.

Mme Cadet : ...pour être en mesure de le faire. Et je comprends que, vous, il n'y a pas de réticence, au contraire, donc, à avoir une uniformisation de ces formulaires-là. Et on a entendu beaucoup, là, de... de commentaires, donc, quant au contenu, donc, des formulaires, quant aux questions, parfois, qui peuvent être posées de la part des professionnels de la santé. Les commentaires que... qui nous ont été formulés, c'est que parfois, donc, le... bon, certaines questions pouvaient être superfétatoires, puis on se posait, donc, des questions sur... sur la pertinence, la légitimité de ce qui pouvait être demandé dans l'un, mais pas dans l'autre. Donc, je ne sais pas si vous avez une réaction par rapport au contenu aussi des formulaires dans une... dans un scénario d'uniformisation.

Mme Duhaime (Lyne) : Oui. Évidemment, le formulaire devrait être le plus simple possible, mais permettre à l'assureur de bien évaluer si la personne est admissible ou non à l'invalidité et aussi l'aider pour la réadaptation. Donc, ça, c'est vraiment la base.

Ensuite, peut-être un peu... Pourquoi avons-nous dans le marché des formulaires qui... très longs? Mais, vous savez, ces pratiques se sont développées sur une longue période de temps. Ça peut être avec un employeur, un syndicat qui avait des consultants puis qui est... Puis c'est toujours dans un souci de contrôler les coûts, d'avoir le plus d'information possible. Puis là, le formulaire s'est développé, puis il est devenu de plus en plus long, puis là, ce formulaire-là existe encore, et un autre s'est développé au fil du temps. Donc, c'est... il y a tout un historique, là, de... puis ça découle... Oui, c'est le formulaire de l'assureur, mais c'est souvent aussi le formulaire de l'employeur, c'est tout un travail de collaboration qui se fait, et bon, bien, maintenant nous avons dans le marché des formulaires qui sont plus simples, d'autres qui sont plus longs.

Mme Cadet : Donc, je pense que ça a été très... Merci. Je pense que votre position, donc, sur le fait de scinder les articles au niveau de l'invalidité, pour moi, c'est clair, à moins que vous avez quelque chose à rajouter sur cette recommandation-là.

Mme Duhaime (Lyne) : Non, non.

Mme Cadet : Non...

Mme Duhaime (Lyne) : Bien, c'est très important, là, mais nous, là, mis à part le fait que c'est très important pour nous, je pense qu'on vous l'a expliqué amplement, oui.

Mme Cadet : Oui, puis aussi, j'imagine, ça s'arrimait... Parce que, dans vos propositions d'amendement, tu sais, vous le disiez, donc, «afin de limiter une hausse des coûts de l'assurance collective individuelle». C'est un peu votre proposition au niveau, donc, de... des demandes... des demandes d'information ou des... de la... Votre volonté, donc, de pouvoir maintenir, donc, le droit, donc, de pouvoir exiger, donc, des visites ponctuelles, ça s'inscrit dans cet... cet esprit-là?

Mme Duhaime (Lyne) : Tout à fait, donc sortir l'invalidité du premier paragraphe, en créer un deuxième et prévoir que l'assureur ne peut dicter la fréquence des rendez-vous. Mais, bien entendu, on veut pouvoir continuer à communiquer avec le médecin pour obtenir de l'information et, également, de demander un rendez-vous ponctuel, par exemple, lorsqu'il y a un changement de définition dans un contrat, vous pouvez être assuré pendant deux ans sous une définition, puis ensuite pour l'invalidité la plus longue... à plus long terme, à ce moment-là, c'est une autre définition. La plupart des contrats fonctionnent comme ça. Bien, il faut que le médecin voie le patient pour évaluer où il en est dans son état de santé. Donc, il y a des déclencheurs où il y a l'exemple que M. Roussel avait aussi donné, mais il y a des déclencheurs, des situations où l'assureur doit pouvoir dire : OK, bien, tu n'es pas... tu n'as pas prévu voir ton médecin avant trois mois, mais moi, j'aurais besoin que tu le voies. Donc, c'est vraiment les situations qu'on veut couvrir, on veut être certain de pouvoir exiger ce rendez-vous ponctuel entre deux rendez-vous prévus avec le médecin puis selon les conditions... Il y a des conditions où la personne peut voir son médecin toutes les semaines, mais il y a des conditions, surtout en invalidité longue durée, que la personne peut voir son médecin deux fois par année.

M. Dubois (Denis) : Est ce que vous permettez?

Mme Cadet : Oui, il reste du temps.

M. Dubois (Denis) : Il y a vraiment une considération des coûts pour ce qu'on vient d'expliquer. L'autre, c'est : il faut comprendre qu'il y a un contrat qui doit être appliqué et que le professionnel qui gère la réclamation a besoin de faire la courroie entre les acteurs. On le disait dans le mémoire. Donc, oui, le médecin a une vue, l'employeur en a une autre, le contrat donne une vue, donc, c'est important que, pour pouvoir gérer le coût, ce rôle-là puisse être assumé. Donc, l'accès est fondamental. Ça ne peut pas être seulement le médecin qui dicte la suite.

Mme Cadet : Sur les mesures de contrôle, juste m'assurer ici d'avoir bien saisi, 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. Vous proposez que la réglementation soit dictée par le gouvernement plutôt que par Santé Québec. Je sais que le ministre a posé un peu la question, mais je ne suis pas certaine d'avoir bien saisi.

Mme Duhaime (Lyne) : Oui. Ce n'est pas tellement que ce soit Santé Québec ou le ministère. En fait, c'est qu'on a déjà établi un processus. La RAMQ nous a approchés il y a peut-être cinq, six ans pour... parce qu'elle dit : J'ai l'obligation de m'assurer que vos régimes sont conformes à la loi. On a développé un mécanisme. À chaque trois ans, les assureurs, chaque assureur émet une attestation de conformité de ses régimes, donc, par les gens de la conformité qui ont le pouvoir de faire cette attestation. Et donc on a mis en place tout un mécanisme, on a une ligne directrice de l'ACCAP, tous les assureurs doivent se conformer à cette ligne directrice qui prévoit l'attestation, aux trois ans, qui est acheminée à la RAMQ. Et ce qu'on dit, c'est que... plutôt que de créer un autre mécanisme d'attestation de conformité, incorporons les exigences du projet de loi n° 68 dans le mécanisme existant que nous avons pour la loi sur l'assurance médicaments.

Mme Cadet : D'accord. Merci beaucoup.

La Présidente (Mme D'Amours) : C'est tout le temps que nous avons.

Mémoires déposés

Avant de conclure les auditions, je procède au dépôt des mémoires des personnes et des organismes qui n'ont pas été entendus lors des auditions publiques. Il me reste à vous remercier pour votre contribution à nos travaux.

La commission ajourne ses travaux sine die.

(Fin de la séance à 13 h 07)