

DE : Monsieur Christian Dubé
Ministre de la Santé

Le 24 octobre 2025

TITRE : Projet de règlement sur les services médicaux que peut exiger un assureur ou un administrateur de régime d'avantages sociaux

PARTIE ACCESSIBLE AU PUBLIC

1- Contexte

Le présent mémoire s'inscrit dans le cadre de la Loi visant principalement à réduire la charge administrative des médecins (LQ, 2024, c. 29) (ci-après « la loi »), adoptée le 8 octobre 2024 et sanctionnée le 9 octobre 2024.

Cette loi, visant essentiellement l'allègement des tâches administratives des médecins, prévoit notamment que les assureurs ou les administrateurs de régimes d'avantages sociaux ne peuvent exiger qu'un assuré reçoive un service médical pour obtenir le remboursement de certains coûts de services de santé ou d'aides techniques, sous réserve des exceptions définies par règlement du gouvernement. La présente proposition vise l'adoption d'un règlement gouvernemental qui précisera les cas et conditions des exceptions à cette interdiction.

Ce cadre législatif reflète la volonté du gouvernement d'améliorer l'accès aux soins en réduisant les impératifs administratifs qui entravent la pratique clinique et la disponibilité des médecins tout en établissant un cadre précis pour les exceptions à respecter.

Avec l'aide de différents partenaires, une série d'exceptions à l'article 29.1 de la loi a été élaborée. Ces exceptions concernent certains services des intervenants et plusieurs aides techniques.

2- Raison d'être de l'intervention

La surcharge administrative des médecins constitue un enjeu majeur du système de santé et de services sociaux. En accaparant une part importante du temps des médecins, elle compromet l'accès aux soins, la qualité des services offerts et le bien-être des médecins eux-mêmes. Les conséquences sont multiples : allongement des délais d'attente, risque d'erreurs médicales, taux d'épuisement professionnel élevé et coûts élevés pour le système de santé. Tout ceci, sans que la plus-value clinique de ces rendez-vous ne soit démontrée.

L'article 29.1 de la loi vise à atténuer cette problématique en réduisant le recours aux services médicaux pour des motifs administratifs. Afin de permettre l'application de cet article, un règlement d'application doit être mis en vigueur et ce règlement doit, entre autres, inclure des cas et conditions d'exception.

3- Objectifs poursuivis

Les objectifs principaux de ce règlement, en harmonie avec l'article 29.1 de la loi, sont les suivants :

1. Établir les exceptions à l'interdiction de recours aux services médicaux que prévoit la loi : en nommant les exceptions à la loi, le règlement encadrera les services et les aides techniques pour lesquels un service médical pourra toujours être demandé par un assureur ou un administrateur de régime d'avantages sociaux pour obtenir le remboursement de ce service ou de cette aide.
2. Optimiser l'utilisation des ressources : en évitant les demandes de justificatifs médicaux inutiles, le règlement permet aux médecins de se concentrer sur les soins cliniques aux patients.

4- Proposition

Le règlement proposé définit de manière précise :

1. Une liste des aides techniques pour le remboursement desquels un assureur ou un administrateur de régime d'avantages sociaux peut exiger le recours à un service médical.
2. Une liste des services fournis par un intervenant du domaine de la santé pour le remboursement desquels un assureur ou un administrateur de régime d'avantages sociaux peut exiger le recours à un service médical.

Concrètement, le règlement proposé permettra de :

1. Standardiser les pratiques en établissant des règles communes pour tous les acteurs concernés.
2. Permettre aux assureurs d'obtenir un service médical pour les aides techniques ou les services des intervenants dans certaines situations identifiées.

En ce qui concerne les aides techniques, il est proposé de permettre d'exiger le recours aux services médicaux, par exemple, dans le cas de celles dont le coût d'achat est égal ou supérieur à 1000 \$, de celles dont le coût de location est égal ou supérieur à 150 \$ par mois, et de certaines autres aides, comme un fauteuil roulant ou un lit articulé, dont le coût peut être moins que les plafonds établis, mais qui restent coûteuses et seraient plus à risque d'être utilisées pour des raisons autres que médicales.

Concernant les services offerts par les intervenants, plusieurs approches ont été analysées. Finalement, trois types de services ont été retenus pour exceptions :

- Les soins à domicile dispensés par un infirmier ou un infirmier auxiliaire;
- L'oxygénothérapie en chambre hyperbare;
- L'exécution d'une ordonnance d'un médicament, lorsque seul un médecin est habilité à faire cette ordonnance ou lorsque la Liste des médicaments dressée en application de l'article 60 de la Loi sur l'assurance médicaments (chapitre A 29.01) prévoit que

ce médicament doit faire l'objet d'une autorisation qui ne peut être accordée que sur la foi de renseignements que seul un médecin est habilité à fournir.

Enfin, il est proposé de prévoir certains cas particuliers pour lesquels il est possible d'exiger un service médical soit :

- lorsque le coût de ce service ou de cette aide est assumé en vertu d'un programme dont l'administration est confiée à l'assureur ou à l'administrateur de régime d'avantages sociaux par un gouvernement, un ministère ou un organisme d'un gouvernement, à moins qu'il s'agisse d'un programme destiné aux personnes à l'emploi de ou nommées par ce gouvernement, ministère ou organisme;
- lorsque l'article 752.0.11.1 de la Loi sur les impôts (chapitre I-3) ou le paragraphe 2 de l'article 118.2 de la Loi de l'impôt sur le revenu prévoit que ce service ou cette aide technique doit faire l'objet d'une attestation ou d'une ordonnance, si cette attestation ou cette ordonnance ne peut être fournie que par un médecin.

5- Autres options

Plusieurs autres options proposées par les partenaires ont été évaluées, mais n'ont pas été retenues, entre autres, pour des considérations juridiques. De plus, certaines des options auraient pu limiter l'accès aux soins et créer des difficultés administratives inutiles.

6- Évaluation intégrée des incidences

L'intervention proposée aura des incidences sur divers aspects sociaux, économiques, environnementaux et de gouvernance, ainsi que sur les citoyens de diverses catégories.

Incidence pour les citoyens :

Au niveau citoyen, une plus grande disponibilité des médecins aura des retombées positives pour l'ensemble de la population. En réduisant les délais d'attente pour les rendez-vous médicaux, les patients auront un accès plus rapide aux soins de santé, ce qui contribuera à prévenir la détérioration de leur état de santé et à réduire leur niveau de stress. Par exemple, une personne souffrant de douleurs dorsales et souhaitant consulter un physiothérapeute pourrait obtenir une consultation plus rapide, auprès de l'intervenant compétent, évitant ainsi une prolongation de sa souffrance et favorisant une récupération plus rapide. Certaines démarches sont désormais simplifiées pour les citoyens, notamment en ce qui concerne les remboursements, puisqu'il ne sera plus nécessaire, dans certains cas, de consulter un médecin pour en bénéficier.

Incidences sur la gouvernance :

Ces mesures pourraient avoir un effet sur la rétention du personnel et sur la motivation des étudiants ou futurs étudiants en médecine. De fait, ceux-ci pourront constater que des mesures sont prises pour réduire la charge administrative des médecins et valoriser la profession médicale, ce qui pourrait renforcer leur motivation à poursuivre leur carrière dans le domaine médical. Aussi, une réduction de la prise de rendez-vous administratifs pourrait contribuer à ouvrir plus de plages de rendez-vous médicaux qui ont de la valeur clinique. Enfin, l'intervention pourrait contribuer à une meilleure transparence dans le système de santé en clarifiant les exigences administratives pour les médecins et les assureurs.

À moyen terme, on s'attend à une amélioration de la qualité de vie des médecins, à une réduction des délais d'attente pour les patients et à une meilleure gestion des ressources humaines dans les entreprises.

7- Consultation entre les ministères et avec d'autres parties prenantes

Les parties prenantes suivantes ont été consultées pour la rédaction des règlements :

L'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP) a été consultée à plusieurs reprises afin de recueillir des informations sur la volumétrie de certaines aides techniques remboursées par les assureurs privés dans le but de cibler celles qui représentent le volume le plus grand (et chercher à en éliminer celles qui représentent le plus grand volume de demandes). Notre collaboration avec l'ACCAP a également permis de cibler les exceptions pour des services des intervenants ou des aides techniques qui représentent un plus gros risque pour la viabilité de leurs régimes à cause d'un coût plus élevé ou de plus grand risque de fraude. Cette collaboration a également permis d'identifier plusieurs risques en lien avec les frais médicaux admissibles au crédit d'impôt s'ils n'étaient pas inclus dans les exceptions.

Les représentants des assureurs employeurs (autoassureurs) ont également été consultés :

- Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux, pour le Réseau de la santé et des services sociaux du Québec
- Secrétariat du Conseil du trésor, pour la fonction publique du Québec
- Fédération des centres de services scolaires du Québec, pour le réseau de l'éducation.

Les ministères des Finances du Québec et du Canada ainsi que l'Agence de revenu du Canada ont été consultés au sujet des frais médicaux admissibles au crédit d'impôt.

8- Mise en œuvre, suivi et évaluation

La prépublication du projet de règlement à la Gazette officielle du Québec permettra d'obtenir les commentaires des diverses parties prenantes, le cas échéant.

9- Implications financières

Aucun coût n'est à prévoir en lien avec les actions législatives du règlement en question.

Une implication financière est possible pour les assurés, les adhérents et les bénéficiaires en vue des modifications à prévoir aux contrats d'assurance. Les assureurs et les administrateurs de régime d'avantages sociaux ajusteront leur évaluation de risques financiers en lien avec les changements législatifs et, par conséquent, souhaiteront ajuster leurs primes d'assurances.

10- Analyse comparative

À ce jour, aucune autre province canadienne n'a légiféré pour éliminer les références médicales pour les services professionnels ou les services médicaux pour les aides techniques.

Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse appuie désormais les médecins qui souhaitent être exemptés de fournir des prescriptions aux patients uniquement dans le but de soumettre une demande de remboursement auprès d'un régime d'assurance privée pour des services professionnels ou paramédicaux. Les médecins y sont invités de fournir dorénavant aux patients une lettre type à la place de l'ordonnance demandée pour des services de différents intervenants. Cette lettre explique notamment la démarche du gouvernement de réduire la charge administrative en pointant les demandes de référence pour le remboursement des services des différents intervenants professionnels et paramédicaux comme étant une source de « paperasse inutile ».

En outre, certains professionnels de la santé au Québec ont désormais ou auront bientôt de nouveaux rôles concernant les prescriptions. En confiant des responsabilités spécifiques à des professionnels qualifiés et en favorisant la collaboration interprofessionnelle, cette approche peut permettre aux médecins de se concentrer davantage sur leur pratique clinique et de réduire le temps consacré aux tâches administratives.

Au Québec, la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail a également pris des mesures en février 2024 en laissant au jugement du médecin la fréquence des rendez-vous de suivi, ce qui permettra d'éliminer certains rendez-vous jugés sans valeur clinique.

Les actions en lien avec le présent règlement sont une première au niveau canadien. La collaboration de l'ACCAP, de l'Agence du revenu du Canada et du ministère des Finances du Canada à la rédaction du présent règlement ouvre la voie à des initiatives similaires à l'échelle nationale.

Enfin, à la lumière des vérifications sommaires réalisées, aucune autre province canadienne n'aurait légiféré pour éliminer les rendez-vous de suivi intermédiaires exigés par les assureurs en matière de prestations d'invalidité.

Ministre de la Santé,

CHRISTIAN DUBÉ