

Comité permanent des opérations gouvernementales et des prévisions budgétaires  
131, rue Queen, 6<sup>e</sup> étage  
Chambre des communes,  
Ottawa (Ontario) K1A 0A6  
Canada

**Note d'information au Comité des opérations gouvernementales et des prévisions budgétaires, le Comité permanent chargé d'étudier le passage du Régime de soins de santé de la fonction publique de la Financière Sun Life à la Compagnie d'assurance du Canada sur la vie (la Canada Vie).**

**Soumise par la D<sup>re</sup> Pamela M. White**

En 2013, après 30 ans d'activité au sein du gouvernement fédéral, j'ai pris ma retraite en tant que directrice de l'analyse des données sur la santé à Statistique Canada. En tant qu'employée fédérale à la retraite, je paie 50 % du coût du Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP), les 50 % restants étant un avantage imposable. Comme près de 70 % des Canadiens, je bénéficie d'un régime de soins de santé complémentaire payée en totalité ou en partie par le souscripteur ou l'employeur.

Le 1<sup>er</sup> juillet 2023, quelque 1,7 million de fonctionnaires fédéraux, anciens et actuels, et les personnes à leur charge, dont 48 % sont des anciens combattants, des membres retraités des Forces armées canadiennes (FAC), de la Gendarmerie royale du Canada (GRC) et de la fonction publique fédérale, ont vu leurs prestations de soins de santé passer de la Sun Life (SL) à la Canada Vie (CV). À l'époque, on nous avait dit que le contrat offrirait davantage de prestations de santé aux participants et à leurs personnes à charge et que la transition se ferait en douceur<sup>1</sup>.

De l'avis général, la Canada Vie (CV) n'a pas été à la hauteur de la tâche. CBC/Radio-Canada a eu connaissance d'histoires déchirantes de prestations refusées en raison d'un processus d'adhésion défectueux, d'un système informatique mal conçu, d'une capacité de réponse en ligne et par téléphone inadéquate, et de retards dans les remboursements aux participants du RSSFP pour les coûts encourus en raison de l'incapacité de la CV à régler les demandes de remboursement et à approuver les autorisations préalables en temps opportun. Les participants n'ont reçu que peu ou pas de communication de la part de la CV. Lors de communications, elles étaient et restent encore souvent incorrectes, trompeuses et conçues pour transmettre une charge de travail aux pharmaciens, aux médecins et aux participants du RSSFP. De plus en plus, les participants, y compris moi-même, font appel à leur député pour obtenir de l'aide et à l'ombudsman de la CV pour qu'il prenne une décision sur les refus d'indemnisations auxquelles les participants ont droit.

Le Comité permanent des opérations gouvernementales et des prévisions budgétaires (le comité OGGO) a été mandaté d'examiner ce qui a mal tourné et la raison, et la manière de remédier à cette situation. Dans mon mémoire, je demande au comité OGGO de répondre aux trois questions suivantes :

1. Pourquoi la CV n'était-elle apparemment pas préparée au passage du RSSFP prévu le 1<sup>er</sup> juillet 2023?
2. Pourquoi le Secrétariat du Conseil du Trésor (SCT) a-t-il négocié un contrat de RSSFP qui :
  - i) N'était pas censée entrer en vigueur avant le 1<sup>er</sup> janvier 2024, soit environ six mois après la fin du contrat de la SL?
  - ii) N'a pas tenu compte des besoins des participants âgés, leur refusant ainsi l'accès et le bénéfice de leurs droits au titre du RSSFP.
  - iii) A communiqué à la CV des données médicales personnelles de participants et de personnes à charge sur une période de dix ans, sans avis aux participants, nous privant ainsi de la possibilité d'effacer les données relatives aux personnes à charge, dont la plupart étaient des enfants lorsqu'elles ont bénéficié de la couverture et ne sont plus couvertes aujourd'hui par le RSSFP.

---

<sup>1</sup> <https://www.canada.ca/fr/secretariat-conseil-tresor/services/regimes-assurance/regime-soins-sante/avis-information/ameliorations-modifications-regime-soins-sante-fonction-publique.html>

- iv) A restructuré la portée des autorisations préalables pour les prestations du RSSFP.
3. Comment le SCT et la CV devraient-ils aller de l'avant pour résoudre les problèmes actuels de mise en œuvre des contrats?

Je demande au Comité permanent d'envisager de faire les recommandations suivantes :

- 1) Demander au vérificateur général de vérifier le contrat. Il n'offre pas un bon rapport qualité-prix.
- 2) Demander à la Commission canadienne des droits de la personne de considérer comme une forme de discrimination le fait que le SCT n'ait pas inclus dans le contrat du RSSFP des mesures d'adaptation pour les participants incapables de s'inscrire en ligne et d'effectuer des transactions en ligne.
- 3) Demander au Commissariat à la protection de la vie privée du Canada d'enquêter sur les raisons pour lesquelles dix ans de données historiques sur la santé et les soins dentaires de 1,7 million de Canadiens ont été transférés à la CV à l'insu des participants. Ce transfert de données répond-il au critère de limites des données exigé par la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* (LPRPDE)? Dépasse-t-elle les limites de l'intérêt légitime? Quelles sont les mesures à mettre en place pour protéger le droit à la vie privée des enfants, des personnes à charge et des anciens employés qui ne bénéficient plus des prestations du RSSFP?
- 4) Demander au gouvernement fédéral, en association avec les ministères provinciaux de la santé, de collaborer à l'adoption d'une loi de protection des consommateurs visant à réglementer les délais d'autorisation préalable et à garantir la transparence des refus de prestations auxquelles le titulaire de l'assurance-maladie a droit.
- 5) Demander un examen et une surveillance plus approfondis de MSH et envisager des options pour améliorer la communication et la transparence avec les participants et les personnes à charge.

Veillez noter qu'en préparant ce mémoire, je me référerai à la demande de propositions rédigée et datée du 30 novembre 2021 que j'ai obtenue par le biais d'une demande d'accès à l'information et de renseignements personnels (AIRP) du SCT, d'articles scientifiques et de la loi. Je suis également participante du groupe (non officiel) du RSSFP sur Facebook (FB). J'ai informé l'administrateur du groupe FB de mon intention de soumettre un mémoire. Toute référence que je fais à ce forum de médias sociaux n'associera pas les individus aux commentaires que j'ai écrits et rendus anonymes.

## 1. Pourquoi la CV n'était-elle apparemment pas préparée au commencement du RSSFP le 1<sup>er</sup> juillet 2023?

**Réponse.** Il n'a jamais été demandé à la CV d'être prête à mettre en œuvre le RSSFP pour l'entièreté des participants le 1<sup>er</sup> juillet 2023, la « date opérationnelle (DO) »<sup>2</sup>. Le contrat stipule clairement que : « *l'Entrepreneur doit entreprendre un programme destiné à garantir que 85 % des Membres au RSSFP suivent le processus de confirmation de leurs données [d'Adhésion préalable] (AP) et d'octroi de leur Consentement avant la Date opérationnelle* »<sup>3</sup>. La « surveillance du rendement du niveau de service » du SCT n'entrera en vigueur que le 1<sup>er</sup> janvier 2024<sup>4</sup> soit environ six mois après la transition de la SL à la CV le 1<sup>er</sup> juillet 2023.

En négociant le calcul des primes d'incitation au rendement pour l'adhésion préalable de 85 % des participants<sup>5</sup>, le SCT n'a jamais attendu ni exigé une adhésion de 100 % des participants à la DO. Le SCT n'a jamais exigé que 100 % des fournisseurs de services de pharmacie et de fournitures médicales par

---

<sup>2</sup> Art. 1.6.1.2, p. 7.

<sup>3</sup> Art. 3.4 Organisation des services d'inscription d'adhésion préalable et de gestion des membres de l'EDT, p. 172.

<sup>4</sup> Art. 8.1.5, p. 101.

<sup>5</sup> Art. 5.2.1, v, p. 48

voie électronique<sup>6</sup> soient inscrits à la DO. Le Centre de services aux participants devait être en place six mois avant la DO, mais le Centre de contact des participants au RSSFP pour les services d'assistance voyage d'urgence et de protection totale devait être mis en place au plus tard six mois avant la DO. Les services de communication et d'information destinés aux participants n'étaient pas tenus de faire l'objet d'essai d'acceptation par l'entrepreneur ou les utilisateurs à la DO<sup>7</sup>.

En effet, le contrat n'obligeait pas la CV à offrir le RSSFP à 100 % des 1,7 million de participants et personnes à charge au 1<sup>er</sup> juillet 2023. Il semble que l'on ne s'attendait pas à ce que le service soit pleinement fourni avant le 1<sup>er</sup> janvier 2024, date à laquelle la surveillance du SCT commencerait.

### **Conséquences : juridiques, contractuelles et éthiques**

L'intervalle de six mois entre le transfert de l'administration du RSSFP de la SL à la CV le 1<sup>er</sup> juillet 2023 et l'obligation contractuelle d'être pleinement opérationnel et prêt pour la surveillance le 1<sup>er</sup> janvier 2024 a eu pour conséquence au pire un refus total de prestations pour certains participants et au mieux un refus partiel de prestations pour d'autres. De nombreux participants ont connu des retards importants dans le versement des prestations et le règlement des demandes non satisfaites. La coordination des prestations entre les participants a été lourde et sujette à des erreurs. Certains participants ont subi des difficultés financières en raison de l'incapacité de la CV à payer les demandes de remboursement de médicaments et de traitements dans les délais impartis<sup>8</sup>. D'autres ont vu leur état de santé se détériorer<sup>9</sup>.

Pendant la période de démarrage de six mois, le gouvernement fédéral et les retraités ont payé pour un régime de soins de santé qui ne pouvait pas être et ne serait pas sciemment livré dans son intégralité avant le 1<sup>er</sup> janvier 2024. Je suis d'avis que l'inclusion de la clause de transition de six mois dans le contrat du RSSFP de la CV viole les conditions des accords négociés entre le syndicat et la direction pour fournir des prestations de santé aux employés et l'accord que les retraités ont signé lorsqu'ils ont choisi de continuer à bénéficier de leur régime de prestations de santé fondé sur un paiement à parts égales.

À mesure que nous nous rapprochons de la date de mise en œuvre effective du contrat, le 1<sup>er</sup> janvier 2024, les délais de réponse aux appels téléphoniques et aux demandes d'indemnisation se sont améliorés. En tant que participante, on me dit d'être reconnaissante des efforts déployés pour remettre le contrat sur la bonne voie. Ce récit de « sympathie » n'aborde pas la question essentielle : Le SCT et la CV ne se sont jamais attendus à ce que le contrat soit fonctionnel à 100 % le 1<sup>er</sup> juillet 2023.

### **Recommandation**

Le contrat de la CV devrait être soumis au vérificateur général du Canada. Je ne vois pas en quoi l'inclusion d'une période d'introduction progressive de six mois permet au gouvernement d'optimiser ses ressources ou profite aux participants, en particulier lorsque le contrat a été signé 20 mois avant la DO. Le fait de mettre en péril la santé de 1,7 million de Canadiens témoigne d'un manquement du SCT à son devoir de diligence à l'égard des employés actuels et des retraités. Il témoigne d'un mépris contractuel pour les engagements antérieurs pris à l'égard des participants syndiqués et des retraités.

## **2. Pourquoi le SCT a-t-il négocié un contrat qui ne tenait pas compte des besoins des participants ne disposant pas d'une bonne connexion Internet?**

**Réponse :** L'article 2.15 du contrat du SCT stipule que : « *L'Entrepreneur [CV] doit faire en sorte que les communications électroniques sont l'option par défaut pour tous les produits et services aux Membres et aux Fournisseurs. Les processus de communications doivent être également offerts sous format papier<sup>10</sup>.* » Le contrat prévoit de plus que : « *L'Entrepreneur [CV] doit effectuer la confirmation biennale et obtenir un Consentement quant aux données d'Adhésion préalable pendant la Phase de démarrage. (Consulter l'article 3.4.7 de l'EDT)<sup>11</sup>.* »

<sup>6</sup> Art. 5.2.2, iv, p. 99.

<sup>7</sup> Appendice 7 de l'annexe A, Services de communication et d'information destinés aux membres n° 72-73, p. 548; Assistance voyage d'urgence n° 74-76, p. 549.

<sup>8</sup> <https://www.cbc.ca/news/canada/ottawa/canada-life-insurance-federal-employees-1.6981164>

<sup>9</sup> <https://www.cbc.ca/news/canada/ottawa/faces-canada-life-1.7000251>

<sup>10</sup> Demande de proposition, annexe A – Énoncé des travaux, 2. Exigences générales de l'énoncé des travaux, art. 2.15, p. 163.

<sup>11</sup> Demande de proposition, art. 4.4.4, p. 233.

Une lecture attentive du contrat de 480 pages montre qu'alors que des procédures en ligne et sur papier devaient être mises en place pour les participants, il n'existe aucune clause de mesures d'adaptation établissant expressément les obligations de la CV pour répondre aux besoins des personnes qui n'ont pas de connexion Internet ou la capacité d'accéder aux services en ligne. L'avis d'adhésion et l'achèvement de l'adhésion devaient être effectués en ligne. La procédure d'adhésion en ligne était complexe, sujette à des erreurs et impossible à suivre pour les personnes ne disposant pas d'un ordinateur et d'un accès à Internet. À partir du 1<sup>er</sup> juillet 2023, les participants pouvaient s'adresser directement à la CV. Mais la capacité de la ligne téléphonique était insuffisante, et les opérateurs de la CV n'étaient pas en mesure de traiter les volumes d'appels et les questions des participants.

La confirmation biennale des renseignements d'adhésion préalable et le consentement biennal risque de reproduire la situation du 1<sup>er</sup> juillet 2023 si l'on ne prête pas attention aux besoins des personnes qui n'ont pas accès à Internet.

### **Conséquences : juridiques, contractuelles et éthiques**

Le SCT a négocié un contrat en sachant que plus de 590 000 participants étaient âgés. Il apparaît aujourd'hui que quelque 100 000 participants ont été privés de leurs droits et se sont vu refuser des prestations parce qu'ils n'avaient pas accès à Internet ou à un ordinateur. Ces 100 000 participants, dont la plupart sont assez âgés, ont été blâmés pour leur manque d'accès, de compétences et de connaissances en matière de technologies de l'information (TI)<sup>12</sup>.

Le SCT a placé les participants dans une situation paradoxale. S'ils n'avaient pas d'accès en ligne, ils ne pouvaient pas être contactés. Une fois informés, ils n'ont pas pu s'inscrire parce qu'ils n'avaient pas accès à Internet. En fait, la plupart de ces participants ont découvert qu'ils n'étaient pas couverts lorsqu'ils ont essayé, après le 1<sup>er</sup> juillet 2023, d'obtenir des prestations du RSSFP, comme le renouvellement d'ordonnances. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2023, les participants âgés et les personnes à charge ont eu du mal à s'inscrire, à déposer des demandes de remboursement et à obtenir leur remboursement dans les délais impartis.

L'incapacité du contrat du SCT à reconnaître les besoins spéciaux est un exemple de la facilité avec laquelle nous permettons aux médias sociaux et à la technologie moderne de priver les groupes de leurs droits, de les stigmatiser et de les exclure. Nous nous attendons à ce que tout le monde dispose d'une connexion à Internet. J'habite à 65 km d'Ottawa. Je n'ai que peu ou pas d'accès au téléphone portable. Comme beaucoup de Canadiens, je suis mal desservie par les réseaux des TI.

M<sup>me</sup> Sophia Moreau, philosophe morale et avocate canadienne, affirme que la discrimination devrait être considérée comme une négligence, soit de ne pas faire quelque chose à laquelle une personne pourrait raisonnablement s'attendre<sup>13</sup>. En tant que participante au RSSFP à la retraite, je m'attendais à ce que le SCT ait négocié une obligation d'adaptation pour les participants privés de leurs droits en raison de la technologie. Il n'était pas trop contraignant pour le SCT d'envisager la manière dont les personnes âgées prises dans le fossé numérique qui continue d'exister au Canada feraient l'expérience de la « transition transparente » prévue par le SCT et la CV. Les décideurs ne peuvent pas fermer les yeux sur les besoins de ce groupe de Canadiens.

La CV ne peut pas non plus invoquer l'ignorance des difficultés causées par son incapacité à mettre en place dès le départ des voies adaptées pour les personnes âgées qui ne maîtrisent pas les TI. La CV a reçu 10 ans de données de la SL<sup>14</sup>. La CV connaissait parfaitement le volume des transactions papier. Pourtant, dans les mois précédant le 1<sup>er</sup> juillet 2023, la CV s'est appuyée sur des communications en ligne avec les participants. Elle n'a pas réussi, au cours de la phase d'adhésion initiale, à mettre en place un programme de communication particulier pour les personnes n'ayant pas accès à Internet ou à un ordinateur.

---

<sup>12</sup> <https://www.federalretirees.ca/fr/nouvelles-opinions/dernieres-nouvelles/novembre/mise-a-jour-de-novembre-sur-le-rssfp-de-la-part-du>.

<sup>13</sup> Sophia Moreau, « Discrimination as negligence », *Canadian Journal of Philosophy*, vol. 40, janvier 2010, p. 123-124.

<sup>14</sup> Demande de proposition, annexe A – Énoncé des travaux, 3. Exigences de la phase de démarrage de l'énoncé de travail, art. 3.16.5 Données historiques et actuelles, sous-al. ii a), b) et c), p 211.

Fin juillet 2023, la CV se démenait pour mettre en place des mesures correctives. Elle a envoyé des lettres à des adresses erronées. En l'absence d'un nombre suffisant de lignes téléphoniques dédiées et dotées d'un personnel complet, les personnes âgées, ainsi que les participants de la famille aidant leurs parents âgés à y adhérer, ont dû essayer pendant des jours de joindre la CV par téléphone, pour attendre sur les lignes téléphoniques pendant deux à trois heures, avant que la ligne ne soit coupée. Les conséquences ont été considérables pour les participants de la famille, les personnes âgées et les professionnels de la santé. Un pharmacien local m'a dit : « La façon dont les personnes âgées ont été traitées lors de la transition vers la CV est contraire à l'éthique. »

### **Recommandation**

Nous devons faire face à la réalité des désavantages causés par le manque de connectivité à Internet et de compétences en matière de TI. Le discours qui consiste à « blâmer la victime » parce qu'elle est âgée et incapable d'utiliser des systèmes de TI complexes stigmatise, discrimine et prive les Canadiens de leurs droits.

Je demande au Comité permanent de recommander à la Commission canadienne des droits de la personne de considérer comme une forme de discrimination le fait que le SCT n'ait pas intégré dans un contrat de 514 millions de dollars la prise en compte des personnes âgées incapables de recevoir des renseignements et de s'inscrire en ligne, et que la CV n'ait pas pris en compte dès le départ les besoins des personnes qui n'ont pas de compétences en TI, de connexion à Internet, ni les TI et les logiciels les plus récents nécessaires pour accéder au site de la CV et soumettre des demandes de remboursement.

Je demande au Comité permanent de faire des recommandations à la CV et au SCT concernant la nécessité d'apporter des mesures d'adaptation pour les personnes qui n'ont pas accès à Internet afin que la confirmation biennale des renseignements d'adhésion préalable et le consentement biennal puissent être entrepris en tenant dûment compte de tous les participants. La CV devrait être invitée à décrire ses mesures d'adaptation pour les personnes n'ayant pas accès à Internet avant d'obtenir l'approbation du responsable de projet prévue pour le 1<sup>er</sup> juillet 2025<sup>15</sup>.

### **3. Pourquoi dix ans de données médicales personnelles ont-ils été transférées de la SL à la CV à l'insu des participants? Pourquoi était-il nécessaire de transférer les données historiques des personnes qui ne sont plus participantes au RSSFP ou qui n'ont plus de personnes à charge?**

**Réponse :** La demande de proposition ne fournit pas de justification claire et de preuve de la nécessité pour la CV de disposer de 10 ans de données historiques pour tous les participants et les personnes à charge. Par exemple, le contrat ne cite qu'une seule prestation pour laquelle la couverture sera assurée pendant 10 ans<sup>16</sup>. La majorité des périodes de couverture des prestations sont de cinq ans ou moins<sup>17</sup>. Une lecture attentive de la demande de proposition suggère que les enquêtes pour fraude ou abus ne requièrent pas une période de 10 ans pour les données, bien que sur ce point je m'en remette aux pratiques exemplaires en matière de droit pénal. Quant à l'utilisation des données historiques pour accorder des autorisations préalables, l'expérience des cinq derniers mois confirme que la CV n'a pas utilisé les données qu'elle a reçues de la SL.

### **Conséquences : juridiques, contractuelles et éthiques**

La demande de proposition définit clairement les mesures à prendre à la fin du contrat en ce qui concerne le retrait des systèmes de données de la CV de toutes les données acquises<sup>18</sup>. Le contrat démontre qu'il est nécessaire de respecter scrupuleusement les procédures de sécurité des données. Il s'agit d'éléments du contrat justifiés et rédigés avec précision. À mon avis, le contrat doit faire preuve de la même attention pour justifier le transfert de dix ans de données historiques, en particulier pour les personnes à charge, dont beaucoup étaient des enfants lorsqu'elles ont reçu des prestations et ne sont plus couvertes par le RSSFP.

Les renseignements personnels, et en particulier les données médicales, sont le « nouveau pétrole » de notre économie. On pourrait faire valoir que dix ans de données sur les prescriptions et les traitements de plus de 1,7 million de Canadiens sont aussi importants pour la CV qu'un contrat de 514 millions de

<sup>15</sup> Demande de proposition, annexe A – Énoncé des travaux, 3. Exigences de la phase de démarrage, art.3.4.7., al. i) et ii), p. 174.

<sup>16</sup> Réparations de neurostimulateurs (électriques) transcutanés effectuées au cours des dix dernières années. Demande de proposition, p. 327.

<sup>17</sup> Appendice 1 de l'annexe A, p. 321-337.

<sup>18</sup> Demande de proposition, annexe A – Énoncé des travaux, 4.0 Phase opérationnelle liée à la sécurité p. 219-220.

dollars. Pour la CV, cette série de données historiques et les renseignements qu'elle recueille en permanence pendant la durée du contrat alimenteront l'intelligence artificielle (IA), soutiendront les algorithmes, façonneront la commercialisation et influenceront la prise de décision médicale. Les participants et les personnes à charge ont le droit de savoir que l'utilisation des données est limitée à ce qui est légalement nécessaire. Nous devons être mieux informés sur la conservation, l'utilisation et l'échange historiques et actuels de nos données.

Les participants expriment des inquiétudes quant à la collecte excessive de données médicales par la CV pour les autorisations préalables<sup>19</sup>. Les participants se sont interrogés sur la nécessité pour la CV de conserver des procurations notariées alors qu'un formulaire de consentement conçu par la CV suffirait dans la plupart des cas<sup>20</sup>. Certains participants ont observé ce qu'ils considèrent comme des lacunes dans la protection des données<sup>21</sup>. Nous avons besoin d'une plus grande certitude que les mesures de protection des données énoncées sont mises en œuvre.

### **Recommandation**

Je demande que le Comité permanent recommande au Commissariat à la protection de la vie privée du Canada d'examiner le transfert de dix ans de données de la SL à la CV et la conservation de ces données par la CV jusqu'à la fin du contrat. Le Comité devrait demander au Commissariat si ce transfert répond au critère de limites des données exigé par la loi. La CV devrait être tenue de démontrer la nécessité de conserver ces données sur des personnes identifiables qui ne sont plus couvertes par le RSSFP en raison de leur âge (p. ex. elles ne sont plus des enfants à charge qui n'ont jamais consenti au traitement de leurs données), de leur décès, de leur changement d'emploi et de leur nouvelle situation.

Le Commissariat à la protection de la vie privée du Canada devrait être invité à examiner et à commenter la politique de confidentialité de la CV cachée au bas du site Web, et à conseiller la CV et le SCT sur la manière de signaler aux participants les cas d'utilisation abusive et de violation des données.

Le Commissariat à la protection de la vie privée du Canada devrait être invité à examiner et à commenter la procédure de renouvellement relative au consentement et à l'adhésion préalable biennale prévue pour le 1<sup>er</sup> juillet 2025 et tous les deux ans par la suite. Les participants devront être pleinement informés et recevoir des garanties sur la manière dont leurs données seront utilisées.

#### **4. Pourquoi le contrat du SCT ne mentionne-t-il jamais les autorisations préalables (AP) et ne fixe-t-il pas de délais précis pour leur détermination?**

**Réponse.** L'autorisation préalable (AP) est un processus de gestion utilisé par les compagnies d'assurance pour déterminer si un produit ou un service prescrit sera couvert. La décision d'approbation de l'AP est fondée sur une justification écrite d'une décision de prescription et obtenue auprès du médecin ou du ou des prestataires de soins de santé du patient. Le médicament, le traitement ou l'appareil du participant au RSSFP ou de la personne à charge ne sera pas financé tant que l'AP n'aura pas été approuvée par la CV. Le participant peut financer lui-même les soins médicaux prescrits, auquel cas il assume le risque de refus de l'AP de la CV. L'attente de l'approbation de l'AP peut être longue. Les AP peuvent être refusées et faire l'objet d'une contestation ultérieure. Pendant cette période, la santé du patient peut être mise en danger.

Une recherche de mots dans la demande de proposition ne révèle aucune correspondance pour les mots « autorisation préalable ». Pourtant, l'information distribuée aux employés et aux retraités et les formulaires figurant sur le site Web de la CV font référence à l'AP<sup>22</sup>. La demande de proposition utilise l'expression « de l'avis de l'Entrepreneur [CV] » pour désigner l'AP.

---

<sup>19</sup> Observations faites par les participants dans les médias sociaux.

<sup>20</sup> Commentaires des participants dans les médias sociaux.

<sup>21</sup> Le conseil donné par les administrateurs de médias sociaux aux participants observant d'éventuelles violations de données a été de signaler ces incidents à la CV et au Commissariat à la protection de la vie privée du Canada. Certains participants peuvent signaler des incidents à leur député et aux commissaires provinciaux à la protection de la vie privée.

<sup>22</sup> *Sage*, Hiver 2022. <https://www.federalretirees.ca/fr/publications/la-revue-sage>, p. 28-29.

Dans le contrat, « de l'avis de l'entrepreneur », ou autorisation préalable (AP), est requis pour tous les traitements, médicaments et aides médicales, à l'exception des prestations relatives aux médicaments génériques, aux soins de la vue, aux praticiens médicaux pour les services suivants : physiothérapeute, massothérapeute, orthophoniste, psychologue, travailleur social (postes isolés uniquement), chiropraticien, ostéopathe, naturopathe, électrologue; et les prestations relatives aux frais divers, à l'exception des cas où une AP est requise pour les appareils dentaires, la location ou l'achat d'équipements durables rentables et un ensemble d'appareils répertoriés pour des traitements précis; et les équipements hospitaliers (en fonction du niveau)<sup>23</sup>.

Les délais de réponse de la CV sont précisés dans l'appel d'offres : cinq jours pour une demande électronique et dix jours pour une demande sur papier<sup>24</sup>. Le contrat ne précise pas le délai accordé à la CV pour « donner son avis » sur, par exemple, les médicaments non génériques, les médicaments composés, les produits biologiques, les pompes à insuline, les ascenseurs et les monte-charge, ou pour toute autre prestation précise nécessitant une approbation « de l'avis de l'entrepreneur [CV] ».

### **Conséquences : juridiques, contractuelles et éthiques**

L'autorisation préalable (AP) est une arme à double tranchant. Les assureurs et les organismes de financement d'assurances justifient l'application de l'AP comme un outil permettant de protéger le système de santé, de réduire les coûts d'assurance et d'assurer la surveillance des médecins. Des recherches menées aux États-Unis montrent que les AP ont réduit la prescription abusive d'antipsychotiques et d'opioïdes par les médecins dans les années 2010<sup>25</sup>.

Toutefois, cette histoire a un autre aspect. Pour que les AP améliorent l'efficacité du système de soins de santé dans son ensemble, il faudrait que les économies réalisées par les assureurs soient supérieures aux dépenses engagées par les médecins pour répondre aux demandes d'AP et aux dépenses liées à la dégradation de l'état de santé ou au mieux-être des patients. Les recherches montrent que l'utilisation des AP aux États-Unis a entraîné une charge administrative considérable, des retards inutiles dans les soins aux patients et des inégalités dans la prestation des soins, les refus étant plus fréquents chez les femmes, les minorités raciales, les personnes avec un faible niveau de scolarité et les groupes à faible revenu<sup>26</sup>.

Des organisations comme l'American Medical Association (AMA) ont souvent mentionné que les coûts de santé des AP l'emportaient sur les gains financiers pour les assureurs et les organismes de financement d'assurances, et que le travail administratif supplémentaire entraînait une augmentation des frais généraux et l'épuisement des médecins<sup>27</sup>. L'enquête 2022 de l'AMA a révélé que 82 % des médecins considéraient que les AP contribuaient à l'augmentation des coûts de santé, notamment en raison d'un plus grand nombre de visites au cabinet, de l'utilisation de thérapies inefficaces qui devaient être entreprises pour justifier la nécessité du traitement ou du médicament prescrit, et d'un plus grand nombre d'incidents liés aux soins d'urgence. De même, 35 % des médecins ont déclaré avoir embauché du personnel pour travailler exclusivement sur les AP<sup>28</sup>.

Les commentaires des participants au RSSFP dans les médias sociaux au sujet des AP de la CV reflètent les rencontres avec les médecins au sujet de la paperasserie imposée, de l'incapacité d'obtenir des rendez-vous avec des spécialistes pour remplir les formulaires d'AP, des retards dans le traitement et de l'aggravation de l'état de santé en raison de l'incapacité d'autofinancer le traitement en attendant l'approbation de l'AP. Des participants ont également été confrontés à des refus d'AP qui ont été approuvés par la suite lorsque des recours ont été faits auprès du bureau de

---

<sup>23</sup> Appendice 1 de l'Annexe A – Aperçu de la Directive du RSSFP, p. 321-337. Conditions supplémentaires pour les dispositions relatives à la couverture globale qui ne s'appliquent pas aux retraités. Les prestations dentaires ne sont pas abordées dans la mesure où, à ce jour, la SL fournit ce service aux retraités. Je n'ai aucune expérience de la gestion par la CV de cet élément du contrat, si ce n'est que les médias sociaux indiquent qu'elle est absurde, mal faite et que les dentistes ont vu leur charge de travail augmenter considérablement.

<sup>24</sup> Demande de proposition, annexe A – Énoncé des travaux, 4.3 Services de traitement et de paiement des demandes, p. 218-223.

<sup>25</sup> Timothy E. Wilens et coll., « Prior Authorizations: A Necessary Evil? », *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 59, n° 9, 2020, p. 1 005-1 007.

<sup>26</sup> Brian S. Marcus et coll., « Burden with No Benefit: Prior Authorization in Congenital Cardiology », *Pediatric Cardiology*, 26 septembre 2023, <https://doi.org/10.1007/s00246-023-03255-1>.

<sup>27</sup> <https://www.chiefhealthcareexecutive.com/view/ama-survey-finds-prior-authorization-hurts-patients-and-productivity>, consulté le 3 décembre 2023.

<sup>28</sup> <https://www.ama-assn.org/system/files/prior-authorization-survey.pdf>, consulté le 3 décembre 2023.

l'ombudsman de la CV. Aux États-Unis, un rapport de la Kaiser Family Foundation (KFF) de 2021 a révélé que 82 % des refus ont entraîné l'annulation totale ou partielle de la décision initiale d'AP<sup>29</sup>. Cette constatation nous oblige à poser des questions difficiles sur l'administration de la prise de décision relative aux AP.

La réponse législative des États-Unis aux AP est instructive. Après que plus de 30 États<sup>30</sup> ont proposé de légiférer ou ont déjà légiféré sur les demandes d'AP des assureurs, l'administration Biden a soumis, en décembre 2022, à un examen public des modifications réglementaires exigeant que les régimes d'assurance de soins médicaux accélèrent les décisions d'AP (48 heures pour les demandes accélérées et cinq jours pour les AP standard) et justifient les refus<sup>31</sup>. Le mémoire de l'AMA relatif à cette proposition recommande l'adoption d'un délai de 24 heures pour les demandes urgentes et de 48 heures pour les décisions standard<sup>32</sup>. Mon examen du dossier de réponse à la proposition du gouvernement des États-Unis révèle que la position de l'AMA n'est pas unique<sup>33</sup>. Par exemple, le New Jersey cherche à imposer un délai de 24 heures pour les décisions relatives aux AP urgentes<sup>34</sup>. Le Michigan exige que les assureurs rendent compte chaque année des délais de décision et d'appel en matière d'AP<sup>35</sup>.

Les États-Unis envisagent de prendre des mesures importantes pour réglementer les délais et la réponse des assureurs. Le système de santé canadien, en raison de son financement public des soins hospitaliers, n'est pas aussi exposé aux problèmes de couverture par les assureurs que ceux rencontrés aux États-Unis. Pourtant, alors que notre système de santé publique s'affaiblit et que nous dépendons de plus en plus des services privatisés et des assurances complémentaires, nous devons examiner attentivement les conséquences pour les Canadiens des retards et des refus de traitements médicaux prescrits par les médecins. Nous devrions nous inspirer de la réaction des États-Unis pour légiférer sur les délais de réponse relatifs aux AP, les rapports et la transparence des refus.

Il n'est donc pas surprenant que le secteur canadien de l'assurance-maladie ait fait part de ses préoccupations concernant les récentes initiatives législatives américaines. L'un de leurs principaux thèmes porte sur les solutions de TI pour les AP. Bien qu'une approche coordonnée de l'AP électronique soit certainement nécessaire, leurs interventions ne répondent pas aux problèmes des patients et des professionnels de la santé concernant les retards imposés aux soins des patients, les refus d'AP qui seront très souvent annulés, et le temps nécessaire aux professionnels de la santé pour fournir aux assureurs ce qui représente une quantité considérable de données médicales précises relatives au patient<sup>36</sup>.

Le contrat du SCT avec la CV a élargi la portée des AP pour inclure les médicaments non génériques ainsi que d'autres traitements et appareils. L'un des principaux problèmes du contrat est l'absence de délai précisé pour les approbations d'AP. Le contrat n'indique pas si les délais d'approbation des AP sont inférieurs à la limite de cinq jours pour les demandes électroniques et de 10 jours pour les demandes sur papier. De plus, le texte de la CV décrivant les AP comme des demandes exceptionnelles n'est pas utile. Le participant demande l'accès à des prestations d'un RSSFP. Le traitement a été prescrit par un professionnel de la santé agréé, qu'il s'agisse d'un fauteuil roulant, d'un médicament de chimiothérapie développé pour cibler leur tumeur cancéreuse précise ou de chaussettes de compression. Depuis que la CV a repris le contrat, il y a eu des conséquences concrètes pour les patients lorsque les AP ne sont pas traitées en temps opportun ou lorsque des médicaments, des traitements et des appareils

---

<sup>29</sup> <https://www.kff.org/medicare/issue-brief/over-35-million-prior-authorization-requests-were-submitted-to-medicare-advantage-plans-in-2021/>; voir également le rapport du Bureau de l'inspecteur général du ministère américain de la Santé et des services sociaux, <https://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-09-16-00410.asp>, consulté le 3 décembre 2023.

<sup>30</sup> <https://www.ama-assn.org/practice-management/prior-authorization/bills-30-states-show-momentum-fix-prior-authorization>, consulté le 3 décembre 2023.

<sup>31</sup> <https://www.federalregister.gov/documents/2022/12/13/2022-26479/medicare-and-medicaid-programs-patient-protection-and-affordable-care-act-advancing-interoperability>, consulté le 3 décembre 2023.

<sup>32</sup> Mémoire de l'AMA, p. 2, <https://www.regulations.gov/comment/CMS-2022-0190-0563>, consulté le 3 décembre 2023.

<sup>33</sup> <https://www.regulations.gov/docket/CMS-2022-0190/comments>, consulté le 3 décembre 2023.

<sup>34</sup> <https://www.axios.com/2023/01/27/states-target-doctor-authorization>, consulté le 3 décembre 2023.

<sup>35</sup> Lauren Sausser, « Feds Move to Rein In Prior Authorization, a System That Harms and Frustrates Patients », *KFF Health News*, 13 mars 2023. <https://kffhealthnews.org/news/article/prior-authorization-patient-frustration-federal-regulations/>, consulté le 3 décembre 2023.

<sup>36</sup> <https://www.simplifypriorauth.ca/fr/accueil/>, consulté le 3 décembre 2023.

sont refusés, ce qui semble se produire très fréquemment. CBC/Radio-Canada a présenté un cas récent de retard d'AP ayant entraîné le traitement d'urgence d'un patient dont l'état chronique s'est aggravé<sup>37</sup>.

Dans le contexte canadien, c'est le contribuable fédéral et provincial qui prend en charge le poids des coûts supplémentaires, des contraintes de temps imposées aux médecins et de la dégradation de l'état de santé des patients causés par les AP. Alors que le Canada manque cruellement de médecins, nous leur demandons de choisir entre remplir de longs formulaires justifiant la nécessité d'un médicament de marque ou d'une pompe à insuline pour diabétiques, ou de voir quelques patients de plus ce jour-là. Bien que les médecins puissent facturer le travail relatif aux AP aux participants, ils ne disposent pas de suffisamment d'heures dans la journée pour remplir les formulaires d'AP tout en répondant aux besoins des patients qui nécessitent des soins. Pour certains participants, il faut parfois attendre six à huit mois avant d'obtenir un rendez-vous avec un spécialiste pour demander de remplir une AP.

Je suis inquiète lorsque je vois certains formulaires de la CV détaillés de plus de sept pages à remplir par un médecin qui a prescrit un médicament, un traitement ou un appareil selon son évaluation de l'état de santé du patient. Les formulaires d'AP remplis seront examinés pour approbation par un médecin de la CV qui n'est pas un spécialiste<sup>38</sup> et qui ne connaît pas le patient. L'information détaillée relative aux tests médicaux et au diagnostic demandée sur le formulaire d'AP sera ensuite enregistrée dans le dossier du participant ou de la personne à charge et probablement mise à jour chaque année civile, car les AP semblent devoir être renouvelées chaque année, même dans des cas tels que le diabète de type 1, qui est une maladie chronique qui dure toute la vie.

Je comprends parfaitement la nécessité pour le SCT de limiter les coûts. Je constate que le contrat accorde une attention particulière à la vérification de la fraude et de l'utilisation abusive des prestations par les médecins, les pharmaciens et les participants ou les personnes à charge. Cependant, le SCT, en élargissant la portée des AP, n'a pas précisé les délais de réponse aux AP. Hormis le bureau de l'ombudsman de la CV, l'organe chargé de traiter toutes les préoccupations des participants concernant les décisions inappropriées de la CV dans l'exécution du contrat, il n'existe pas de groupe rationalisé et spécialisé chargé de statuer sur les refus d'AP. Le contrat n'offre que peu de transparence sur les raisons des refus d'AP. Il n'impose pas non plus la publication des taux de refus et d'annulation d'AP.

### **Recommandation**

Je demande au Comité permanent d'interroger le SCT et la CV sur leur compréhension des délais précisé dans le contrat concernant les AP.

Je demande au Comité permanent que le SCT et la CV contrôlent la rapidité et l'exactitude des décisions et des appels en matière d'AP séparément des demandes de remboursement de médicaments, de traitements et d'appareils ne nécessitant pas d'AP. Cette information devrait être mise à la disposition des participants.

Je demande au Comité permanent de demander que le gouvernement fédéral, en association avec les ministères provinciaux de la santé, collabore à l'adoption d'une loi sur la protection des consommateurs imposant des délais de réponse et la transparence relatifs aux AP. Cette loi devrait tenir compte des réglementations en vigueur dans plusieurs provinces canadiennes (Ontario, Saskatchewan pour les prestations d'invalidité) et de la loi déjà en place ou proposée dans plus de 30 États américains et qui, après examen par l'administration Biden, devrait être adoptée en 2024.

---

<sup>37</sup> <https://www.cbc.ca/news/canada/ottawa/canada-life-series-feeding-tube-formula-1.7005507>, consulté le 3 décembre 2023.

<sup>38</sup> Voir les qualifications énoncées dans la demande de proposition, appendice 2 de l'Annexe A, partie II, p. 373 à 394.

### **3. Comment aller de l'avant, améliorer et combler les lacunes dans l'exécution du contrat du SCT avec la CV?**

Le Comité permanent constitue une avancée positive. J'espère qu'il encouragera le dialogue, une réflexion approfondie et un engagement de la part du SCT et de la CV à apporter des améliorations.

#### **Recommandations**

**MSH.** La CV a sous-traité le Centre de contact d'assistance voyage d'urgence et de protection totale à MSH. Le système des TI de MSH est déficient, les appels téléphoniques ne sont pas traités rapidement, les demandes de remboursement sont retardées et la gestion des prestations du RSSFP par MSH semble chaotique. Je demande que le Comité permanent recommande au SCT de prendre des mesures immédiates pour vérifier MSH et exiger les changements nécessaires.

**Communication --- Groupe de rétroaction des participants.** Je demande au Comité permanent de recommander à la CV d'établir un groupe de rétroaction composé de participants anglophones et francophones qui se réuniraient régulièrement pour discuter des problèmes en cours, commenter les solutions et examiner les progrès réalisés dans la mise en œuvre du contrat du RSSFP.

**Rapports de transparence.** Je demande au Comité permanent de recommander que les résumés des rapports de vérification, les rapports sur les violations de données, ainsi que l'utilisation et les résultats de l'outil d'exploration des données sur les usages non médicaux et les détournements de prestations<sup>39</sup> soient mis à la disposition des participants régulièrement et sans qu'il soit nécessaire de faire une demande d'AIPRP. Ce rapport doit également inclure la liste annuelle des dépenses admissibles raisonnables et coutumières utilisées pour s'assurer que le niveau des frais est raisonnable dans la zone géographique où les dépenses sont effectuées et selon laquelle le remboursement de 80 % des frais admissibles est calculé<sup>40</sup>.

---

<sup>39</sup> Demande de proposition, annexe A – Énoncé des travaux, art. 4.7.9, p. 261-262.

<sup>40</sup> Demande de proposition, appendice 1 de l'Annexe A, p. 321.