

Le 6 décembre 2023

MÉMOIRE À L'INTENTION DU : Comité permanent des opérations gouvernementales et des prévisions budgétaires (OGGO)

RÉSUMÉ DE LA PART DES : Employés en situation de handicap de la fonction publique du Canada

OBJET : Question 1 de l'Examen du Régime de soins de santé de la fonction publique – Le régime répond-il aux besoins des employés? Dans la majorité des cas, la réponse est malheureusement non.

Mesdames et Messieurs les membres du Comité permanent des opérations gouvernementales et des prévisions budgétaires (OGGO),

Nous souhaitons vous sensibiliser aux conséquences négatives des changements fondamentaux apportés au Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP) pour les employés en situation de handicap (indépendamment du nouvel administrateur, la Canada Vie). Ces changements ont entraîné des charges financières, administratives et souvent de santé disproportionnées pour les personnes en situation de handicap et souffrant de maladies chroniques, qui constituent un groupe déjà marginalisé. La qualité de vie des employés a également été affectée. (Remarque : Ces changements représentent des lacunes fondamentales dans le régime, comme l'exclusion des personnes en situation de handicap de la fonction publique, ce qui est contraire aux politiques du gouvernement visant à réduire les obstacles et la discrimination. Ces changements ont été effectués sans la participation ni même la consultation des personnes en situation de handicap qui sont les plus affectées.)

Vue d'ensemble de la question et exemples des difficultés à relever.

Bien que le régime ait été amélioré très légèrement, dans quelques catégories, les changements globaux sont extrêmement préjudiciables aux fonctionnaires en situation de handicap et souffrant de maladies chroniques.

Le régime et la façon dont il a été administré par la Canada Vie présentent des lacunes importantes qui sont décrites dans les catégories précises ci-dessous. De plus, le régime n'est toujours pas adapté aux frais actuels des différents services. La réduction pour les soins de physiothérapie et des médicaments, les justifications détaillées et les preuves exigées pour prouver que la couverture n'existe nulle part ailleurs, créent des difficultés financières, de longs temps d'attente pour le remboursement et de lourdes charges administratives. Ces charges pèsent sur ceux qui sont le moins à même d'y faire face : les fonctionnaires en situation de handicap, les fonctionnaires retraités et les sénateurs, qui sont plus âgés et plus susceptibles d'être atteints d'une invalidité. La lourde charge émotionnelle – si la situation n'est pas corrigée, les employés en situation de handicap devront faire des choix difficiles d'interventions médicales moins fréquentes et devront peut-être quitter le marché du travail en conséquence.

Le fait que des personnes en situation de handicap hautement qualifiées et talentueuses quittent le marché du travail n'a aucun sens socialement et économiquement, car cela oblige les personnes en situation de handicap à recourir à l'aide sociale, à entrer plus tôt dans les maisons de retraite, et à

utiliser plus de ressources médicales – toutes des situations qui peuvent être évitées grâce à un régime de soins de santé proactif.

La réduction de la couverture pour les soins de physiothérapie, qui passe d'une couverture illimitée (à 80 %) à un plafond de 1 500 \$ par an, cause un préjudice disproportionné aux personnes souffrant de problèmes chroniques ou complexes et d'incapacités permanentes. Bien que des améliorations comme l'ajout d'une couverture supplémentaire pour les services paramédicaux comme l'ostéopathie, la chiropratique et l'acupuncture soient quelque peu utiles, elles n'auront que des répercussions minimales puisqu'elles ne financent qu'un nombre limité de traitements paramédicaux (p. ex., un ou deux rendez-vous supplémentaires par an en fonction des honoraires des thérapeutes individuels qui varient). Ces petits gains dans les services paramédicaux ne compensent pas les pertes énormes dans la couverture des services de physiothérapie. De plus, la physiothérapie est le seul service qui a été réduit, tandis que d'autres services comme ceux pour le traitement de la vue au laser et la santé mentale ont augmenté (p. ex., la couverture pour la santé mentale est passée à 5 000 \$ par an). Si l'on prend du recul par rapport à l'importante question de la meilleure répartition de l'argent des prestations, l'augmentation du financement dans certains domaines « sur le (mauvais) dos » des personnes les plus vulnérables est infructueuse. De plus, contrairement à ce qu'affirme le Secrétariat du Conseil du Trésor (SCT), l'absence de financement public des soins de physiothérapie pour les personnes en âge de travailler et les patients non-externes, dans la plupart ou la totalité des compétences, signifie qu'il n'y a pas d'autres options pour les employés en situation de handicap – il n'y a pas de service. Même l'assurance privée n'est pas une option, car de nombreux régimes refusent de couvrir les personnes souffrant de maladies préexistantes et les niveaux de couverture sont assez faibles même s'ils sont obtenus (et sont combinés avec d'autres couvertures qui ne sont pas toujours nécessaires).

Il n'est pas impossible d'augmenter la couverture des soins de physiothérapie à cette étape. Nous notons que pendant le mandat de la Sun Life, les prestations pour services psychologiques ont été augmentées au moins deux fois, passant de 1 000 à 2 000 \$, puis à 3 000 \$.

Questions relatives au processus

Non seulement les résultats de ces changements constituent un défi, mais le processus de mise en œuvre de ces changements est tout aussi problématique. Ces changements ont été effectués sans consultation des personnes en situation de handicap, malgré l'existence de réseaux de personnes en situation de handicap bien implantés dans les différents ministères et organismes. De plus, non seulement les syndicats du secteur public n'ont pas consulté les participants en situation de handicap, mais les courriels et les appels téléphoniques adressés aux syndicats sont restés sans réponse et ont été ignorés.

L'absence d'une représentation significative des personnes en situation de handicap au sein du Comité national mixte, de préférence avec un pouvoir de veto, est une grave omission qui aurait pu éviter plusieurs de ces problèmes. Cette situation constitue un obstacle structurel majeur pour les personnes en situation de handicap qui méritent d'être représentées au même titre que d'autres groupes vulnérables comme les retraités.

Lorsque l'on cherche à réaliser des économies budgétaires, il est malhonnête de le faire aux dépens des membres les plus vulnérables de la communauté, ce qui a pour effet d'accroître les obstacles auxquels

se heurtent les employés en situation de handicap en vertu des dispositions du nouveau RSSFP. La seule justification que l'employeur a donnée pour supprimer la couverture illimitée des soins de physiothérapie et la plafonner à un faible montant est de « prévenir la fraude » (p. ex., un massage facturé comme soin de physiothérapie). La population vulnérable ne devrait certainement pas être pénalisée parce que l'employeur ou l'administrateur du régime n'a pas traité de manière adéquate une fraude présumée. La gestion du RSSFP doit donc être revue. Il incombe au prestataire de faire preuve de diligence raisonnable; l'ensemble du groupe des personnes ayant une incapacité grave ne devrait pas être pénalisé. Il existe des moyens de gérer la fraude, car les physiothérapeutes et autres professionnels apparentés, comme les massothérapeutes, sont des professionnels agréés qui font partie d'ordres professionnels réglementés qui interdisent ce type de comportement. Il existe donc plusieurs leviers pour atténuer la gestion de la fraude, tant par les compagnies d'assurance que par le gouvernement du Canada. Retirer le service à ceux qui en ont vraiment besoin parce que les administrateurs ne peuvent pas gérer la fraude est une raison injustifiée.

Nous tenons à souligner que ce gouvernement s'est engagé dans l'initiative « Rien sans nous » dans sa stratégie sur l'accessibilité pour la fonction publique du Canada, afin de réduire les obstacles et, à terme, de mettre fin à la discrimination à l'encontre des personnes en situation de handicap, notamment par le biais de la *Loi canadienne sur l'accessibilité*, de la *Charte canadienne des droits et libertés*, de la *Loi canadienne sur les droits de la personne* et d'autres législations relatives aux droits de la personne. Mettre fin à la discrimination et éliminer les obstacles est très logique sur le plan financier, car cela permet à la fois de réduire le coût du filet de sécurité sociale ET aboutit à une société plus équitable, avec moins de fonctionnaires sans domicile fixe et vivant dans la pauvreté. De plus, il existe des obligations légales d'apporter des mesures d'adaptation pour les employés en situation de handicap, comme l'a confirmé la Cour suprême du Canada dans l'affaire *Meiorin*. Les employés en situation de handicap doivent avoir des mesures d'adaptation jusqu'à ce que l'employeur subisse un préjudice injustifié, et le critère de préjudice injustifié appliqué par les tribunaux est très strict et ne s'appliquerait pas au coût de la mise en accessibilité du RSSFP.

Répercussions négatives sur les personnes en situation de handicap et difficultés en matière d'emploi

Les changements apportés au RSSFP auront très probablement pour conséquence que davantage de fonctionnaires en situation de handicap seront incapables de continuer à travailler ou seront en invalidité de longue durée – tout à fait inutilement et longtemps, ce qui coûtera plus cher. Nous notons que ces changements modifient les conditions de travail de certains groupes de personnes en situation de handicap, qui ont rejoint la fonction publique et ont pu fonctionner de manière productive *précisément grâce à la couverture du Régime de soins de santé de la fonction publique*, qui a maintenant été considérablement réduite. Cela pourrait donner lieu à des contestations judiciaires.

Ainsi, non seulement le nouveau RSSFP crée des difficultés considérables pour les personnes en situation de handicap et les personnes à leur charge, détruisant des carrières et des vies, mais il tire également une balle dans le pied des gouvernements, car un plus grand nombre de fonctionnaires en situation de handicap hautement qualifiés risquent de tomber dans la pauvreté et d'avoir besoin d'une aide sociale, au lieu d'être des membres actifs de la société et des contribuables. L'objectif politique déclaré du gouvernement du Canada d'embaucher 5 000 nouveaux employés en situation de handicap, alors que les changements apportés au RSSFP entraîneront probablement des départs d'employés en

situation de handicap, est particulièrement préoccupant. Est-ce l'exemple que veut donner le gouvernement du Canada – car cela est en contradiction flagrante avec les déclarations expresses du premier ministre selon lesquelles la diversité est notre force au Canada.

Les statistiques révèlent des difficultés supplémentaires en matière d'emploi pour les personnes en situation de handicap, même « dans le contexte d'un taux d'emploi élevé et d'un marché du travail tendu ». Notamment, les personnes en situation de handicap sont plus susceptibles d'être employées par le secteur public, qui offre des avantages comme des prestations de santé améliorées, davantage de moyens et d'infrastructures pour les mesures d'adaptation liées au handicap, l'accès au travail à temps partiel et des protections des syndicats. Si les personnes en situation de handicap ne peuvent pas conserver leur emploi auprès du plus grand employeur du Canada, qui a pour politique déclarée et pour mandat social d'employer des personnes en situation de handicap, où iront-elles? Quel espoir y a-t-il pour les personnes en situation de handicap? Même dans le cadre capitaliste le plus inhumain, les gouvernements sont nécessaires pour remédier aux manquements du marché. **Perdre des employés hautement qualifiés et talentueux pour cause d'invalidité de longue durée en raison d'un mauvais régime de soins de santé n'est tout simplement pas logique sur le plan fiscal.**

Voici quelques points que nous devrions souligner concernant l'impact des handicaps sur la main-d'œuvre, d'après une enquête sur l'effectif de Statistique Canada en 2022, menée auprès de personnes âgées de 16 à 64 ans*.

- Le taux *d'emploi* des personnes en situation de handicap était inférieur de 15 % à celui des personnes non handicapées (65,1 % contre 80,1 %, respectivement).
- Le taux de *chômage* des personnes en situation de handicap est presque deux fois plus élevé que celui des personnes n'ayant pas de handicap (6,9 % contre 3,8 % respectivement).
- Les taux d'emploi diminuent pour les personnes en situation de handicap modéré : un quart seulement des personnes en situation de handicap modéré ont un emploi (26,8 %), contre la moitié pour les personnes en situation de handicap grave (50,4 %) et un peu plus des trois quarts (76,6 %) pour les personnes en situation de handicap léger.
- Les personnes en situation de handicap sont plus susceptibles de travailler dans le secteur public (24,2 % contre 21,0 %).
- Les personnes en situation de handicap sont plus susceptibles d'être des travailleurs indépendants (13,0 % contre 11,4 %).
- Les personnes en situation de handicap sont plus susceptibles de travailler à temps partiel (20,3 % contre 16,2 %).

Le poids du handicap sur l'emploi n'est pas proportionnel aux effets négatifs plus importants qu'il a sur certains groupes de travailleurs âgés et de femmes, notamment :

- Les personnes âgées en situation de handicap (55 à 64 ans) sont 17 % moins susceptibles d'être employées que leurs homologues n'ayant pas de handicap (51,1 % contre 68,1 %), ce groupe étant moins actif sur le marché du travail.
- Ce groupe était 16 % plus susceptible de quitter son emploi pour cause de maladie ou d'invalidité que ses pairs (18 % contre 2,3 %).
- Les femmes en situation de handicap âgées de 25 à 64 ans étaient moins susceptibles d'avoir un emploi que leurs homologues masculins (65,7 % contre 68,6 %).

En matière d'emploi, les changements apportés au RSSFP équivalent métaphoriquement à démolir les rampes d'accès et à supprimer les escaliers.

*Statistiques Canada, 8 août 2023

Manque d'engagement dans le plan d'inclusion des personnes en situation de handicap du Canada

Malgré l'intention déclarée du gouvernement d'éliminer les obstacles grâce à l'initiative « Rien sans nous », nous sommes confrontés à des obstacles de plus en plus nombreux. Le RSSFP n'a jamais été favorable aux personnes en situation de handicap. Il n'a jamais abordé les besoins des personnes en situation de handicap. Cependant, au lieu de réduire les obstacles à l'emploi et d'accroître les mesures d'adaptation pour les personnes en situation de handicap, le Régime de soins de santé de la fonction publique révisé a encore accru les obstacles à la productivité, à la santé, au mieux-être et à l'emploi des personnes en situation de handicap dans la fonction publique. Nous nous réjouissons que le gouvernement ait signé le Protocole facultatif de l'Organisation des Nations Unies (ONU) pour permettre aux personnes en situation de handicap de faire appel à l'ONU pour obtenir justice, mais le gouvernement fédéral ne devrait pas accroître les obstacles et créer ainsi un besoin pour les personnes en situation de handicap de faire appel à l'ONU pour obtenir justice.

Il n'y a que deux conclusions possibles à tirer du nouveau RSSFP. Soit :

1. Les politiques, la législation et l'intention déclarée du gouvernement de mettre fin à la discrimination et de réduire les obstacles auxquels se heurtent les employés en situation de handicap ne visent qu'à obtenir un gain politique, sans intention de mettre en œuvre un véritable changement;
2. Afin de parvenir à réduire les dépenses, les négociateurs du Conseil du Trésor (CT) n'ont pas tenu compte des politiques, de la législation et de l'intention du gouvernement de réduire les obstacles auxquels se heurtent les fonctionnaires en situation de handicap.

Répercussions négatives sur l'accès aux soins de santé et sur le système de santé publique du Canada

De plus, les justifications détaillées exigées par la Canada Vie contribuent à accroître la pression sur un système de santé déjà défaillant. Un Ontarien sur cinq n'a pas de médecin de famille et le problème est très similaire, voire pire, au Québec. Par conséquent, plusieurs fonctionnaires **ne peuvent tout simplement pas se conformer** aux exigences de prendre un congé pour consulter un médecin et lui faire remplir des formulaires détaillés à leurs propres frais, **ainsi, ils ne peuvent pas obtenir** les médicaments ou les services nécessaires, ce qui a des répercussions sur la santé, la productivité et parfois l'emploi. De plus, il semble que le coût pour remplir les nouveaux formulaires de justification n'ait pas été pris en considération et que l'on s'attende simplement à ce que le participant ou son médecin absorbe ce coût (souvent élevé).

Il semblerait que certains médecins de famille abandonnent les patients qui ont besoin d'une documentation détaillée parce qu'ils n'ont pas le temps de s'en occuper. Si les médecins avaient plus de temps et d'énergie, ils prendraient probablement en charge davantage de patients pour fournir des soins de santé à ceux qui n'ont pas de médecin de famille, plutôt que d'effectuer des tâches

administratives fastidieuses et improductives pendant leurs soirées et leurs fins de semaine. Le RSSFP n'est qu'un des nombreux éléments que le gouvernement fédéral impose aux employés en situation de handicap et à leurs médecins, ce qui ne fait qu'accroître la pression sur un système de soins de santé déjà en crise.

En effet, les nouvelles exigences du RSSFP en matière de documentation onéreuse surchargent le système de santé en exigeant des justifications constantes que les personnes en situation de handicap doivent satisfaire. Si des prescriptions ou des services nécessaires et vitaux sont refusés parce qu'un participant n'est pas en mesure d'obtenir les justifications requises, faute d'avoir un médecin ou une infirmière ou un infirmier praticien, la « lacune » en matière de soins de santé qui en résultera pourra potentiellement détruire la santé, la carrière et la productivité des fonctionnaires et causer des dommages incalculables en raison de soins médicaux inadéquats. Si le gouvernement a l'intention d'exiger des documents aussi onéreux, il devrait collaborer avec les provinces pour engager ou former davantage de médecins afin de garantir aux employés (*et aux citoyens*) un accès adéquat à des médecins de famille et payer le coût de chaque formulaire ou certificat médical qu'il exige, au prix facturé par le médecin. Des frais de 100 à 500 \$ par formulaire ne sont pas rares dans la profession médicale et représentent une charge énorme pour une personne en situation de handicap, dont plusieurs doivent fournir de 2 à 15 formulaires par an pour satisfaire aux diverses exigences gouvernementales.

Questions relatives au processus

Non seulement les résultats de ces changements sont difficiles à obtenir, mais le processus de mise en œuvre de ces changements est tout aussi problématique. Ces changements ont été effectués sans consultation des personnes en situation de handicap, malgré l'existence de réseaux de personnes en situation de handicap bien implantés dans les différents ministères et organismes. De plus, non seulement les syndicats du secteur public et du Conseil du Trésor n'ont pas consulté les participants en situation de handicap, mais les courriels et les appels téléphoniques adressés aux syndicats sont restés sans réponse et ont été ignorés.

L'absence d'une représentation significative des personnes en situation de handicap au sein du Comité national mixte, de préférence avec un pouvoir de veto, est une grave omission qui aurait pu éviter plusieurs de ces problèmes. Cette situation constitue un obstacle structurel majeur pour les personnes en situation de handicap qui ont des droits en vertu des législations relatives aux droits de la personne et qui méritent d'être représentées au même titre que d'autres groupes vulnérables comme les retraités.

Particularités et recommandations relatives à l'augmentation des obstacles

Physiothérapie – Le régime prévoit 80 % de 1 500 \$, ce qui donne six semaines de traitement à 100 \$ par rendez-vous à raison de deux fois par semaine ou seulement trois semaines de traitement pour les conditions médicales permanentes nécessitant une physiothérapie spécialisée à 200 \$ de l'heure – ou même moins si le traitement doit être dispensé à domicile. Ce montant peut être suffisant pour couvrir une blessure mineure de courte durée, mais ne répond pas aux besoins des fonctionnaires souffrant de blessures plus graves et est totalement insuffisant pour les invalidités de longue durée. De plus, en cas de complications, il y a un risque d'aggraver la situation vers un problème à plus long terme. Le régime ignore également un large éventail de besoins en physiothérapie qui ne sont pas limités dans le temps

(p. ex., la récupération après un accident vasculaire cérébral, une lésion cérébrale traumatique, des troubles neuromusculaires résultant d'une naissance prématurée). Le traitement est encore réduit dans le cas de physiothérapies plus complexes et spécialisées comme la physiothérapie neuromusculaire, la scoliose et le traitement par des prestataires de services spécialisés qui sont en demande et facturent des tarifs plus élevés que ceux du marché (p. ex., les techniques d'Active Release, la stimulation intramusculaire [SIM]). Pour les personnes souffrant de graves problèmes de mobilité ou autres, la physiothérapie peut être dispensée à domicile, ce qui est assez coûteux.

Les fonctionnaires souffrant de conditions médicales chroniques et d'invalidités de longue durée peuvent avoir besoin de recourir à la physiothérapie pour gérer la douleur et maintenir leur force et leur capacité. Les changements apportés à la couverture des soins de physiothérapie ont été mal présentés, voire carrément falsifiés. Les nouvelles limites imposées aux soins de physiothérapie augmentent considérablement les coûts personnels pour les personnes souffrant de conditions médicales chroniques et, faute de pouvoir payer, de nombreux fonctionnaires souffrant de handicaps de longue durée régressent ou rechutent et perdent leur capacité à conserver leur indépendance, leur autonomie et leur productivité. Lorsque les employés ne peuvent pas gérer leur douleur ou leur handicap, plusieurs d'entre eux se retrouvent en situation d'invalidité de longue durée, ce qui n'est ni productif ni rentable pour la fonction publique. Le risque de problèmes supplémentaires comme ceux liés à la santé mentale augmente, d'autant plus que les voies cérébrales menant de la douleur et la dépression sont les mêmes.

Veuillez noter que les honoraires raisonnables et habituels de 100 \$ pour la physiothérapie n'ont pas changé depuis près de dix ans. De plus, en période d'après COVID-19, les frais augmentent en raison des exigences de santé publique pour le port de masques et le nettoyage. Il ne s'agit pas d'améliorer et d'actualiser le régime pour qu'il reflète l'environnement actuel des soins de santé.

Le nouveau plafond pour la physiothérapie a des répercussions négatives sur la gestion de la douleur, l'indépendance et l'autonomie des personnes en situation de handicap, car le régime est conçu pour traiter les blessures aiguës, mais ne permet pas de soulager et de gérer les conditions médicales permanentes. Ces réductions permettront uniquement des traitements à court terme et, dans de nombreux cas, les employés ne seront pas en mesure de gérer leurs douleurs et leurs affections de longue durée. Cette approche n'est pas compatible avec le soutien au traitement des besoins des employés en situation de handicap ou avec la culture des soins, telle qu'elle est décrite dans la *Loi canadienne sur l'accessibilité*. De plus, la *Loi* exige l'examen de tout ce qui peut constituer un obstacle pour le public ou le secteur public, l'élimination de ces obstacles et la consultation des personnes en situation de handicap lors de la conception et de la mise en œuvre de nouveaux services, comme le nouveau RSSFP. Il est regrettable que cela n'ait pas été fait lors de l'élaboration du nouveau RSSFP ou de la consultation pour son élaboration.

Nous avons été informés que l'Association canadienne de physiothérapie a fourni toutes les preuves médicales, sanitaires, physiologiques, psychosociales et socioéconomiques des besoins et des avantages de la physiothérapie. Les principaux intervenants, comme les spécialistes de la médecine physique et de la réadaptation, comme les physiatres, n'ont pas été consultés. L'honorable Jean-Yves Duclos, ancien ministre de la Santé, a publiquement affirmé son soutien aux prestations de physiothérapie dans le système de santé canadien. Malgré ce que le Secrétariat du Conseil du Trésor a pu entendre, aucun régime provincial ne prévoit de physiothérapie pour les adultes qui travaillent, à l'exception de la

thérapie postopératoire, qui n'est pas suffisante pour les fonctionnaires souffrant de conditions médicales chroniques. Le Comité national mixte (avec des représentants du SCT et des syndicats) a mentionné qu'il avait répondu aux besoins de « la plupart des participants ». Répondre aux besoins de la « plupart » n'est **pas suffisant!** Dans un gouvernement qui prétend « ne laisser personne de côté » et qui est légalement soumis à la législation sur les droits de la personne qui protège les personnes en situation de handicap d'une telle discrimination, il est possible de répondre aux besoins de « la plupart » ET AUSSI des personnes en situation de handicap qui ont un besoin légitime de prestation de physiothérapie pour gérer les activités de la vie quotidienne et fonctionner au travail. Ce groupe de fonctionnaires n'a pas d'autre choix que de payer des milliers de dollars par an de leur poche.

Ces employés ne peuvent pas souscrire à une assurance privée complémentaire parce qu'ils ont des conditions médicales « préexistantes ». Nous, les employés en situation de handicap, vous **implorons** d'annuler le plafonnement des soins de physiothérapie pour les employés souffrant de maladies chroniques et d'invalidités de longue durée. Il existe d'autres approches qui pourraient fonctionner beaucoup mieux et qui sont décrites dans l'annexe.

Médicaments : L'obligation pour un administrateur de la Canada Vie d'exiger des médecins une justification lorsqu'un patient ne tolère pas un médicament générique et a besoin d'un médicament de marque, ou lorsqu'il a besoin d'un produit bio-identique et est rendu malade par un produit biosimilaire, ou encore lorsqu'il ne tolère ni les médicaments de marque ni les médicaments génériques et a besoin d'un médicament composé, est préjudiciable à la santé et à la productivité des employés en situation de handicap et, comme nous l'avons souligné plus haut, contribue grandement à la dégradation du système de santé. La chimiothérapie, l'immunothérapie, les médicaments contre le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et les troubles psychiatriques, les médicaments et fournitures pour diabétiques, les médicaments pour la thyroïde, l'alimentation entérale, les préparations pour nourrissons et autres médicaments indispensables au maintien de la vie, les médicaments composés et les produits biologiques sont autant de sujets de préoccupation. Dans certains cas, l'utilisation de marques génériques de médicaments contre le TDAH et de médicaments psychiatriques peut entraîner l'échec du traitement et le sevrage. Le médecin devrait décider de ce qui est le plus sûr et le plus productif pour le patient, sans charge administrative supplémentaire pour le participant ou son médecin, si ce n'est d'indiquer « pas de substitution ». Plusieurs participants qui ont trouvé un médicament qui leur permet de fonctionner dans la vie et au travail ne devraient pas être obligés de sacrifier leur santé et leur productivité pour un changement forcé de médicament afin d'économiser de l'argent. Dans de nombreux cas, le médicament le plus efficace est le générique, et les médecins le prescrivent déjà dans ce cas. Mais dans d'autres cas, le générique ne convient pas à ce patient, et les nouveaux administrateurs du RSSFP choisissent de continuer à imposer des charges administratives onéreuses qui peuvent nuire à la santé du patient, voire la détruire, même lorsque le médecin a déjà soigneusement examiné ses besoins et a précisé « pas de substitution ».

Par exemple, obliger les patients qui utilisent actuellement des médicaments bio-identiques contre les maladies auto-immunes, ou des médicaments particuliers contre le cancer, etc., à essayer de nouveaux médicaments peut causer la fin de la rémission existante, qui ne sera pas nécessairement récupérée en revenant au médicament bio-identique ou contre le cancer original ou à un autre médicament. Ceci entraîne aussi des conséquences en aval, soit que les employés ne sont pas en mesure de gérer leurs conditions médicales, ce qui peut éventuellement les obliger à cesser de travailler ou à être en situation

d'invalidité de longue durée. Les négociateurs physiquement aptes au travail jouent avec la vie des patients en situation de handicap en pensant que de petites économies seront réalisées, mais ils risquent en fait d'entraîner des coûts beaucoup plus élevés en aval, ainsi que des pertes de santé et de vies.

Ozempic et les autres médicaments destinés à la perte de poids ne sont pas couverts. Les fonctionnaires souffrant d'arthrite, de douleurs et de mobilité réduite doivent prendre des médicaments pour gérer la douleur, ce qui a pour effet secondaire une prise de poids importante. Ozempic est le médicament le plus puissant disponible pour contrer la prise de poids causée par les médicaments contre la douleur. Ce médicament est particulièrement important pour ce groupe de fonctionnaires, car ils ont de la difficulté à faire de l'exercice, et une prise de poids accrue réduit leur mobilité. Cela peut devenir un cercle vicieux.

Les frais raisonnables et coutumiers des médicaments sont même inférieurs au coût du médicament générique le moins cher disponible, mais les fonctionnaires doivent encore payer leurs prescriptions même lorsqu'il s'agit du médicament générique le moins cher disponible.

L'obligation de prescrire trois mois à la fois peut entraîner un gaspillage de médicaments, en particulier si les effets secondaires varient d'une marque à l'autre et que le patient doit passer à une autre marque ou à une autre catégorie de médicaments.

Exiger des autorisations spéciales pour le renouvellement des prescriptions ou refuser d'honorer les documents acceptés avant le 1^{er} juillet 2023 est coûteux, déraisonnable et constitue un nouveau coup dur pour un système de santé défaillant, et pratiquement impossible à gérer pour ceux qui n'ont pas de médecin.

Massothérapie : Le régime prévoit 80 % de 500 \$ par an, ce qui est suffisant pour trois à quatre traitements par an à 125 \$/heure. Le massage n'est pas un luxe – il est utilisé pour soulager la douleur en cas d'invalidités de longue durée. Plusieurs rendez-vous par mois sont souvent nécessaires pour les fonctionnaires souffrant de certaines conditions médicales.

Chiropratique : Un total de 80 % de 500 \$ par an permettent d'effectuer huit traitements par an à 60 \$ par traitement. La chiropratique est utilisée pour soulager la douleur dans le cas de certaines invalidités de longue durée. Un traitement réussi peut nécessiter plusieurs rendez-vous par mois.

Ostéopathie : Un total de 80 % de 500 \$ par an correspondent à trois ou quatre traitements par an, à raison de 90 à 137 \$ par rendez-vous, ce qui est tout à fait insuffisant.

Vision : Un total de 80 % de 400 \$ tous les deux ans. Cette prestation est encore extrêmement sous-financée et irréaliste compte tenu de la réalité des frais et des coûts actuels liés aux verres correcteurs. Les lunettes peuvent coûter 1 300 \$ pour une myopie forte, et peuvent nécessiter de porter également des lunettes d'ordinateur. Les verres de contact coûtent 520 \$ par an. La couverture de la chirurgie de la cataracte est bien inférieure aux coûts réels.

Appareils auditifs : Un total de 80 % de 1 500 \$ par paire n'est pas suffisant. Le coût réel est de 4 000 à 5 000 \$ par paire. La province paie 1 000 \$ et le régime paie 80 % de 1 500 \$ (1 200 \$), avec un plafond

pour les frais raisonnables et habituels. Les montants remboursés ne représenteraient que 25 % du coût réel.

Ergothérapie : Un total de 80 % de 300 \$ n'est pas suffisant. Un montant de 250 \$ ne couvre même pas l'évaluation initiale, sans parler des rendez-vous hebdomadaires.

Orthophonie : Un total de 80 % de 750 \$. Ce montant pour l'orthophonie n'est pas suffisant pour les mineurs. Les enfants de moins de 18 ans devraient avoir droit à 5 000 \$ par an. Les adultes devraient obtenir 5 000 \$ sur prescription.

Psychologie : Les évaluations psychoéducatives sont soumises à des limites qui ne sont pas documentées dans le manuel. Le plafond est de 800 \$ par traitement ou par test et par jour. Il existe une certaine confusion quant à la facturation des tests. La procédure standard consiste à facturer à la fin des tests, lorsqu'un rapport est fourni. La Canada Vie demande aux prestataires de diviser la facturation en fonction des jours de traitement et de test et refuse de couvrir le temps de rédaction du rapport. De ce fait, les participants et leurs familles ne sont pas correctement remboursés.

Veillez envisager d'ajouter la couverture des infirmières et infirmiers praticiens qui peuvent effectuer des évaluations psychoéducatives pour 1 500 \$, alors que le coût des psychologues est de 3 000 à 5 000 \$ et que les listes d'attente sont de plus de deux ans, voire plus.

Suppléments et plantes médicinales : Ils ne sont pas couverts, mais devraient l'être, car ils sont essentiels à la santé et à la productivité de certaines personnes en situation de handicap. Les nutriments contenus dans les aliments peuvent être suffisants pour les personnes valides, mais certains fonctionnaires ne sont pas en mesure, pour des raisons génétiques, d'absorber suffisamment certains nutriments. Il existe également des conditions médicales ou des médicaments qui empêchent l'absorption de certains nutriments ou drainent l'organisme de ceux-ci. Les prescriptions d'un médecin pour les compléments nécessaires devraient être ajoutées au régime de soins de santé, car la santé et la productivité des employés en situation de handicap dépendent souvent de ces compléments.

Soins dentaires : Dans la plupart des cas de traitement de restauration, le régime prévoit un remboursement de 80 %, mais le montant réel remboursé est de 80 % ou de 50 % d'un plafond beaucoup plus bas. Ces plafonds doivent être révisés pour tenir compte des coûts réels facturés actuellement, et non de ceux d'il y a 20 ou 30 ans.

Frais de prescription : Le plafond des frais de prescription de 8 \$ est inéquitable dans tout le pays, en particulier pour les employés et leurs familles dans les zones rurales ou éloignées, y compris les familles de militaires dans les bases où il n'y a pas d'accès aux grandes zones urbaines qui ont des pharmacies comme celles chez Costco ou Walmart. Souvent, il n'y a pas de pharmacies qui ont des frais de prescription moins élevés (c.-à-d., qui respectent le plafond de 8 \$) à une heure ou moins de trajet. La plupart des pharmacies du pays n'ont pas de frais de prescription inférieurs à 11 ou 13 \$.

Équipement : La couverture des glucomètres de surveillance continue est insuffisante (80 % de 700 \$). La couverture est limitée uniquement aux diabétiques de type 1, ce qui est très problématique. La couverture des appareils et fournitures de ventilation en pression positive continue (VPPC) n'est pas

uniforme d'une personne à l'autre. Il existe également des incohérences dans la couverture des fournitures et formules d'alimentation entérale d'une personne à l'autre.

Ambulance : Des participants ont signalé que le « traitement et congé » n'est pas couvert. Les participants doivent déboursier une somme importante pour le simple fait d'avoir appelé une ambulance, d'avoir été soignés chez eux ou sur place, et avoir reçu leur congé sans même avoir été à l'hôpital. Par conséquent, les employés ont maintenant peur d'appeler une ambulance en cas de besoin, au risque de se retrouver avec une facture salée au bout du compte. Le gouvernement fédéral, en tant que bon gestionnaire des soins de santé universels, devrait soutenir le principe de « traitement et congé », car l'admission d'un patient à l'hôpital coûte beaucoup plus cher que le traitement d'un patient à domicile.

Frais raisonnables et coutumiers : Il y a un manque de transparence en ce qui concerne les frais raisonnables et coutumiers. Il n'existe aucun moyen de déterminer facilement ce que sont les frais « raisonnables et coutumiers ». Les formulaires de frais ne sont publiés nulle part. La plupart des utilisateurs constatent que ce qui est raisonnable et coutumier est bien inférieur à ce que l'employé a payé. Les frais « raisonnables et coutumiers » sont appliqués de manière générale, indépendamment des coûts réels dans la province du participant. Les preuves de la manière dont les frais raisonnables et coutumiers ont été déterminés devraient être mises à disposition à des fins de transparence.

Les employés ont peur d'acheter des médicaments, des appareils médicaux nécessaires et d'avoir des services de santé parce qu'ils craignent qu'ils ne soient pas couverts, même si le guide indique que c'est le cas.

Explication des prestations : Les explications sur les prestations sont souvent floues ou ne comportent pas d'informations contextuelles adéquates. Il y a un manque évident de transparence en ce qui concerne la méthode utilisée pour calculer le remboursement lorsque moins de 80 % de la demande soumise est approuvée.

Documentation

Les informations médicales sont personnelles, privées et protégées. Ce qui importe, c'est que le médecin décrive l'obstacle (p. ex., la condition médicale, la déficience et la limitation fonctionnelle) et la manière d'éliminer l'obstacle (p. ex., le traitement) conformément à la procédure administrée par le gouvernement pour les personnes en situation de handicap en milieu de travail.

Les participants ont signalé l'existence de justifications cachées et de plafonds d'honoraires pour les prestations de services de psychologues, d'ergothérapeutes et d'évaluation d'orthophonistes.

La nouvelle exigence d'obtenir des informations précises sur les diagnostics au-delà de la prescription et d'une mention « pas de substitution » par le médecin est déraisonnable. Certains ont noté que le livret du participant au Régime de soins de santé de la fonction publique indique « aucune autre information » ou « prescription », alors qu'en fait la Canada Vie demande plus d'informations – autorisations préalables, justifications, vérifications, etc. On a même demandé à certains fonctionnaires de fournir une copie du diplôme du prestataire de soins. C'est décevant.

Les documents requis pour certaines prescriptions sont nombreux et fastidieux, et ne sont pas clairement expliqués ou déterminés comme l'exige le livret du participant au Régime de soins de santé de la fonction publique. Pour les fonctionnaires en situation de handicap, tous les documents supplémentaires qui sont maintenant exigés sont extrêmement lourds, contribuant à accroître le stress et l'anxiété, la perte de santé et de mieux-être, pouvant conduire à une invalidité grave et à un congé de maladie de courte ou de longue durée, voire à une retraite pour raisons médicales. Il n'est pas rationnel d'exiger des participants au RSSFP qu'ils entreprennent des recherches sur les raisons pour lesquelles un régime provincial et d'autres organismes de financement (p. ex., des subventions spéciales accordées par un fabricant) ne couvrent pas leurs besoins précis de soins de santé, car nous ne disposons pas de cette expertise. Il s'agit d'une demande injustifiée et exigeante qui a des répercussions négatives sur les fonctionnaires et qui augmente de manière disproportionnée le stress et le fardeau auxquels sont déjà confrontés les fonctionnaires en situation de handicap.

Processus/procédure

Où se trouvent tous les documents remis à la Sun Life au cours des dernières années? Les employés sont fâchés de devoir à nouveau configurer les choses et fournir la documentation. La transition vers la Canada Vie est aussi lourde et inefficace que celle du désastre du système de paye Phoenix.

Les services de soutien et les employés de la Canada Vie sont encore insuffisants pour résoudre les problèmes.

La coordination des prestations reste un problème. Même si le site Web indique que la coordination des prestations a été ajoutée, aucune information sur les paiements, les estimations des prestations ou les détails en suspens n'est fournie concernant les prestations coordonnées de l'employé sur le site Web de la Canada Vie, même si la Canada Vie est également l'autre assureur.

Manque de formation des représentants de la Canada Vie au téléphone : Plusieurs plaintes ont été faites concernant le fait que les représentants donnent des réponses différentes chaque fois qu'un participant appelle.

Le temps de traitement reste un problème. Certains fonctionnaires doivent déboursier des centaines ou des milliers de dollars pendant des semaines ou des mois avant que leur demande de règlement ne soit traitée par la Canada Vie. Cela entraîne une charge financière injuste, du stress et de l'anxiété, qui peuvent finalement conduire à l'invalidité et à l'arrêt de travail, au congé de maladie, à l'invalidité de longue durée ou à la retraite pour raisons médicales.

L'équipe de soins d'urgence ne travaille pas efficacement – les fonctionnaires attendent encore pendant des semaines des médicaments vitaux comme la chimiothérapie contre le cancer, le lait maternisé ou le matériel d'alimentation entérale. Les fonctionnaires doivent rembourser des milliers de dollars pour des médicaments et des traitements pendant qu'ils attendent que la Canada Vie traite leurs demandes. C'est inadmissible.

Les lignes téléphoniques de la Canada Vie devraient être ouvertes le soir et les fins de semaine pour les employés qui ne peuvent pas appeler pendant les heures de bureau.

Une option consiste à donner à chaque employé et aux membres de sa famille un « compte de gestion des dépenses », dans lequel ils peuvent déposer l'argent des prestations non utilisées destiné à être affecté aux prestations pour lesquelles ils ont besoin d'un budget supplémentaire.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n°1 : Consulter davantage les personnes souffrant de maladies chroniques et de handicaps afin de cibler et d'éliminer les obstacles dans le nouveau RSSFP.

Recommandation n°2 : Supprimer/augmenter le plafond des frais de physiothérapie et de produits pharmaceutiques pour les fonctionnaires souffrant de maladies chroniques ou d'invalidités de longue durée. Cela n'est pas impossible. Nous notons que pendant le mandat de la Sun Life, les prestations pour services psychologiques ont été augmentées au moins deux fois, passant de 1 000 à 2 000 \$, puis à 3 000 \$.

Recommandation n°3 : Supprimer immédiatement cette exigence du RSSFP – c.-à-d., exiger des fonctionnaires qu'ils fournissent des informations et des analyses spécialisées sur d'autres régimes de soins de santé.

Recommandation n°4 : Que la Canada Vie s'aligne mieux sur l'approche du gouvernement du Canada de cibler (p. ex., limitation fonctionnelle) et supprimer les obstacles (p. ex., traitement) pour les personnes en situation de handicap.

Prochaines étapes

Les membres de la communauté des personnes en situation de handicap du gouvernement du Canada aimeraient demander à ce comité de prendre deux mesures :

- Ajouter une ou deux réunions supplémentaires du Comité afin de nous donner le temps de préparer nos mémoires et nos présentations (voir la lettre soumise);
- Convoquer des témoins à nouveau pour nous donner l'occasion d'exprimer nos préoccupations et de montrer les répercussions réelles de ces changements sur notre expérience vécue.
- Demander au gouvernement de revoir les plafonds existants pour les soins de physiothérapie afin de les aligner sur les couvertures précédentes et de faire la distinction entre les besoins à court et à long terme.

Nous espérons que vous serez à l'écoute et que vous serez à l'écoute de nos peurs, de nos angoisses et de notre détresse. Nous espérons que vous prendrez le temps d'accorder à cette lettre toute l'attention qu'elle mérite dans le cadre de l'examen du Régime de soins de santé de la fonction publique, et en particulier de la question 1 – Le régime répond-il aux besoins des employés de la fonction publique?

Respectueusement soumis,

La communauté des employés en situation de handicap de la fonction publique du Canada

ANNEXES

- DE MEILLEURES APPROCHES QUE LE PLAFONNEMENT DES SOINS DE PHYSIOTHÉRAPIE : OPTIONS
- L'EXPÉRIENCE VÉCUE DU BESOIN DE PHYSIOTHÉRAPIE POUR DES HANDICAPS PERMANENTS
 - Une lettre et,
 - Deux expériences vécues par des employés en situation de handicap

ANNEXE

DE MEILLEURES APPROCHES QUE LE PLAFONNEMENT DES SOINS DE PHYSIOTHÉRAPIE

- Option 1 : Revenir au statu quo du régime de 2004 (c.-à-d., la couverture des 500 premiers dollars et des montants supérieurs à 1 000 \$),
 - Si le gouvernement du Canada décide de ne pas maintenir l'ancien régime à l'avenir, il pourrait au moins prévoir une clause de droits acquis pour les employés actuels (tout comme l'âge de la retraite, qui a été changé, a été protégé par des droits acquis pour les employés qui ont rejoint la fonction publique avant 2013).
- Option 2 : Adopter un compte de gestion des dépenses de soins de santé souple, que les employés peuvent utiliser pour affecter l'argent des prestations aux prestations de leur choix.
 - Cette approche permettrait aux membres d'utiliser les fonds non dépensés d'autres services paramédicaux (p. ex., la santé mentale à 5 000 \$/an) pour les appliquer à d'autres services de santé tels que la physiothérapie, l'ostéopathie, l'acupuncture, les massages, etc.
 - Ce processus pourrait rester neutre en matière de coûts et présenter l'avantage de soutenir la santé des employés en leur permettant d'allouer leurs prestations aux services qui seraient personnellement les plus bénéfiques à chacun d'entre eux.
 - D'autres nouvelles prestations, comme l'ostéopathie, auraient également plus de sens puisque la couverture actuelle ne couvrirait probablement qu'un à trois traitements, ce qui ne permettrait pas de mettre en place un plan de traitement efficace.
 - Si le gouvernement du Canada n'approuve pas ce changement pour tous les employés, il pourrait au moins offrir un compte de gestion des dépenses souple aux personnes dont les besoins en matière de handicap physique sont avérés.
- Option 3 : Permettre aux participants de souscrire à différents niveaux de couverture, tout comme le RSSFP permet de souscrire à trois niveaux optionnels de couverture hospitalière.
 - Par exemple, le régime de base par défaut prévoirait une couverture de 1 500 \$, avec la possibilité d'acheter des niveaux de couverture plus élevés (p. ex., 5 000 \$, moins une franchise, une couverture illimitée, etc.).
 - Dans le cas de handicaps avérés, le gouvernement du Canada pourrait verser des primes subventionnées aux assureurs des régimes de soins de santé pour tenir compte du niveau plus élevé de la couverture des soins de physiothérapie que les assureurs pourraient être réticents à adopter.

Le 6 avril 2023

Madame, Monsieur,

Je vous écris pour vous informer des répercussions négatives que les récents changements apportés au Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP) auront sur un sous-ensemble de fonctionnaires déjà marginalisés et vivant avec un handicap, et pour vous proposer quelques solutions possibles.

Comme vous le savez, la couverture des prestations de physiothérapie sera plafonnée à 1 500 \$ par an à compter du 1^{er} juillet 2023, date à laquelle le régime sera administré par la Canada Vie plutôt que par la Sun Life. Comme annoncé récemment, pour la première année de transition, le plafond de 1 500 \$ s'appliquera de janvier à décembre 2023. À partir de janvier 2024, le plafond s'appliquera pendant toute la durée des 12 mois (<https://www.acep-cape.ca/fr/actualites/augmentation-de-la-couverture-des-services-de-physiotherapie-pour-2023>).

Bien que je comprenne que ce changement ait probablement été effectué par mesure d'économie pour permettre des augmentations supplémentaires dans d'autres domaines, y compris la santé mentale, il est problématique de répondre aux besoins d'une population méritant l'équité en privant une autre. Il est encore plus problématique que cela ait été fait sans consulter les personnes les plus affectées, malgré les témoignages contraires du Conseil du Trésor et de mon député. Je suis fonctionnaire depuis plus de 25 ans et je n'ai pas pu participer à des consultations, comme cela a été signalé à l'Association canadienne des employés professionnels (ACEP) (voir ci-joint).

Pourquoi le nouveau plafond pour les soins de physiothérapie est-il à courte vue?

Ce plafond est problématique pour plusieurs raisons, notamment :

- Le plafond ne permet pas de faire de distinction entre les personnes ayant des besoins de physiothérapie à court terme (p. ex., à la suite d'une intervention chirurgicale ou d'une blessure) et celles qui souffrent de conditions médicales permanentes et durables, nécessitant une physiothérapie continue (documentée par des médecins et des spécialistes) pour gérer la douleur, maintenir la mobilité et continuer à contribuer de manière productive à la société, améliorant ainsi la qualité de vie.
- Le plafond ne comprend pas d'exception intégrée pour ce dernier groupe dont les besoins sont plus importants. À tout le moins, un plafond beaucoup plus élevé devrait être prévu pour les personnes ayant des besoins particuliers à long terme.
- Le plafond ne permet pas d'appliquer la couverture précédemment offerte par la Sun Life aux fonctionnaires en poste depuis longtemps tout en appliquant un plafond moins élevé aux nouveaux employés, comme cela a été fait lorsque l'âge de la retraite et le nombre d'années de service ont été augmentés il y a plusieurs années.
- Le plafond ne tient pas compte de la variabilité des tarifs des physiothérapeutes généralistes et spécialistes.
- Le plafond ne tient pas compte de la variabilité des tarifs pour les soins de physiothérapie reçus dans une clinique par rapport à ceux au domicile du client.

- Le plafond ne tient pas compte du fait que le coût des soins de physiothérapie continuera d’augmenter, car les physiothérapeutes spécialisés ont tendance à augmenter leurs tarifs chaque année.
- Le plafond ne tient pas compte du fait que les personnes souffrant de certains handicaps physiques sont exclues de l’admissibilité à la couverture de physiothérapie d’assurances privées en raison d’une condition médicale préexistante.
- Le plafond ne tient pas compte du fait que les personnes souffrant d’un handicap physique permanent sont souvent confrontées à des problèmes de santé mentale (p. ex., la dépression). En supprimant les soutiens dont ce sous-ensemble de la population a besoin, ces problèmes de santé mentale risquent d’empirer, ce qui entraînera des coûts d’intervention supplémentaires.
- La charge financière que ces changements font peser sur un petit sous-ensemble de fonctionnaires aggrave encore les inégalités vécues, étant donné que plusieurs personnes en situation de handicap doivent déjà payer des dépenses élevées pour l’aménagement de leur logement et de leur mode de vie, la mise en conformité de leur logement et de leur véhicule, les appareils médicaux et les traitements, ainsi que d’autres solutions pour contourner les obstacles auxquels la communauté de personnes « valides » n’est pas confrontée.

Répercussions

- En supprimant le filet de sécurité de physiothérapie qui permet à un petit groupe marginalisé de la population de travailler de manière productive à plein temps, l’employeur crée une situation qui pourrait obliger des employés expérimentés et talentueux à prendre un congé d’invalidité de courte ou de longue durée et une retraite anticipée pour raisons médicales beaucoup plus tôt que prévu.
- En supprimant le filet de sécurité de physiothérapie, l’employeur modifie les conditions de travail de ceux d’entre nous qui ont une longue carrière dans la fonction publique et qui ont toujours bénéficié de la couverture plus généreuse offerte par la Sun Life, obligeant certains d’entre nous à faire le choix impossible entre la santé et la carrière/le gagne-pain.
- Alors que l’acceptation du télétravail favorisée par la COVID-19 a eu pour avantage d’égaliser les chances pour plusieurs personnes en situation de handicap, le gouvernement limite sa capacité à recruter, retenir en poste et promouvoir les talents les plus brillants en supprimant les aides dont certains d’entre nous dépendent non seulement pour survivre, mais aussi pour s’épanouir!
- Le fait de regrouper les besoins en physiothérapie à court et à long terme sous un même plafond crée des **préjudices injustifiés** pour les personnes souffrant de certains handicaps physiques qui sont déjà victimes d’une discrimination systémique au sein de la fonction publique et de la société dans son ensemble.
- Les réductions imposées aux régimes d’assurance vont à l’encontre du soutien à la diversité, à l’inclusion et aux personnes en situation de handicap que le gouvernement est censé encourager et faire progresser en jouant un rôle prépondérant.
- De plus, en supprimant la nécessité d’une prescription d’un médecin pour couvrir les frais de physiothérapie, le gouvernement s’expose potentiellement à des demandes frauduleuses de la part de personnes n’ayant pas réellement besoin de soins de physiothérapie.

Solutions possibles

- Comme mentionné plus haut, une solution consisterait à maintenir la couverture existante de la Sun Life pour les fonctionnaires actuels dont les besoins à long terme sont médicalement justifiés.
- Une autre option consiste à prévoir un plafond beaucoup plus élevé pour les personnes qui ont des besoins à long terme et à instaurer de nouveau la nécessité d'une prescription d'un médecin pour justifier médicalement ce besoin.
 - Ce plafond devrait être augmenté chaque année en fonction des augmentations des honoraires des professionnels de la physiothérapie.
 - Ce plafond devrait également permettre de distinguer les frais de physiothérapie pour un traitement à domicile et ceux pour un traitement sur place.
- Une autre option consiste à prévoir un montant fixe plus élevé (p. ex., 5 000 \$ pour la santé mentale) et à permettre aux membres de décider de l'utiliser pour répondre à leurs besoins en santé physique ou mentale, en fonction de leurs situations particulières.
- Pour la physiothérapie, le RSSFP pourrait s'inspirer de la couverture illimitée offerte par Postes Canada, dont un complément médical substantiel serait exigé au-delà d'un certain seuil.
- Reconnaissant que la mise en œuvre de ces changements pourrait prendre du temps, le gouvernement devrait accepter de couvrir au moins une partie des frais de physiothérapie engagés et non payés jusqu'à ce qu'une solution soit trouvée.
- À défaut, les participants actuels devraient pouvoir bénéficier d'une couverture supplémentaire au titre de la Canada Vie pour des motifs de compassion – afin que les participants actuels puissent rester sur le marché du travail et ne pas subir de revers pendant les discussions/négociations/collecte de données en cours.
- En fonction de leurs situations particulières, les employés devraient travailler avec le service des relations du travail pour s'assurer que la différence de coût est compensée par l'employeur en vertu de l'obligation d'adaptation. En vertu de la *Loi canadienne sur l'accessibilité*, l'employeur a la responsabilité de doter chaque employé d'outils et de mesures de soutien afin qu'il puisse contribuer à son plein potentiel; les demandes de mesures d'adaptation raisonnables ne peuvent pas être refusées.
- Dans la mesure où la physiothérapie permet littéralement à un petit sous-ensemble de fonctionnaires en situation de handicap de contribuer à leur plein potentiel, les coûts y afférents devraient être couverts, en particulier lorsqu'il existe des preuves de longue date démontrant les avantages d'un tel soutien.

Mon histoire

- Je suis mariée et mère de trois enfants.
- Je suis très scolarisée, titulaire d'une maîtrise et bilingue (ECC).
- Je suis une fonctionnaire talentueuse qui travaille à temps plein depuis près de 28 ans.
- Je suis née avec une maladie neuromusculaire permanente, qui a des répercussions importantes sur ma mobilité.
- J'ai pu rester sur le marché du travail en grande partie grâce à des interventions de physiothérapie et à un excellent système de soutien de la part de ma famille et de mes amis.

- Malgré les difficultés en constante évolution que pose mon diagnostic, ma résilience a vraiment contribué à ma réussite.

Mes besoins particuliers

- Afin de conserver ma capacité de marcher et de gérer la douleur chronique, j'ai bénéficié d'un service de physiothérapie neurologique spécialisée tout au long de ma carrière au sein du gouvernement du Canada chaque semaine.
- En raison de mon vieillissement et d'autres causes inconnues, mes besoins en physiothérapie ont augmenté, parfois jusqu'à six fois par mois, et sont assurés conjointement par deux spécialistes de longue date (se concentrant respectivement sur les muscles et les articulations).
- La physiothérapie est le plus souvent pratiquée à domicile, en fonction du thérapeute qui dispense le traitement.
- Le coût de ma physiothérapie est actuellement estimé entre 600 et 800 \$ par mois.
- Ce total devrait augmenter au fil du temps, car les professionnels paramédicaux ont tendance à augmenter leurs tarifs horaires chaque année.
- Dans le cadre du plafond actuel et compte tenu des tarifs en vigueur, le plafond de 1 500 \$ me permettra de bénéficier de moins d'une séance de physiothérapie par mois, ce qui est loin des quatre à six séances dont j'ai besoin pour conserver ma mobilité déjà limitée.
- Bien que mon état soit considéré comme non dégénératif, ma mobilité s'est considérablement réduite au cours des cinq dernières années. La cause est inconnue, ce qui rend l'avenir incertain.
- La réduction de la couverture des soins de physiothérapie arrive au moment où j'en ai le plus besoin, ce qui est très pénible.
- Le télétravail m'a permis de continuer à travailler et a créé des conditions équitables – d'un côté, les gens ne sont pas conscients de ce que je ne leur dis pas; d'un autre côté, les impressions négatives préconçues sont réduites et mon travail parle enfin de lui-même.
- La position assise prolongée continue d'exacerber mes symptômes, ce que j'ai toujours réussi à gérer grâce à diverses solutions et à un traitement physiologique cohérent.
- Ce qui est clair, c'est que ce ne sera plus le cas si je dois réduire mon traitement en raison de la charge financière inattendue qu'entraîne la perte de couverture.
- Il est certain que sans ma physiothérapie hebdomadaire, ma productivité et ma qualité de vie en général en souffriront grandement.
- Il est inacceptable que je doive choisir entre ma santé et mon gagne-pain.
- Ce n'est pas un choix que j'aurais à faire s'il n'y avait pas eu la réduction soudaine et inattendue de la couverture des soins de physiothérapie.
- Dans l'état actuel des choses, je pourrais être contrainte d'envisager une retraite pour cause d'invalidité ou anticipée pour raisons médicales.
- Cela ajoute davantage de difficultés financières et de troubles émotionnels, car, avec un revenu réduit, il sera encore moins possible de couvrir mes frais de physiothérapie nécessaires.
- Ce n'est pas un choix que je veux faire. Je veux continuer à travailler et à contribuer à mon plein potentiel.

Préjudices injustifiés liés aux conditions de travail causées par ces changements

- Contrairement à l'esprit de « rien sur nous sans nous », les récents changements apportés par le gouvernement au RSSFP m'obligent à me retrouver dans une situation sans issue, ce qui me crée certainement des préjudices injustifiés (financiers, émotionnels et professionnels).
- Comme indiqué dans mon entente de télétravail sous la partie Obligation d'adaptation : des démarches doivent être entreprises, le cas échéant, pour s'assurer que l'employé bénéficie de mesures d'adaptation afin d'éliminer tout préjudice injustifié, en tenant compte de la santé, de la sécurité et du coût.
- C'est dans cet esprit que je demande que, si aucun autre recours n'est immédiatement possible, mes frais annuels de physiothérapie (ou une partie importante de ceux-ci) soient couverts par l'obligation d'adaptation afin que je puisse continuer à travailler et à contribuer à mon plein potentiel.
- Le total annuel estimé (environ 7 000 \$) des frais de physiothérapie non couverts ne constitue pas un fardeau excessif en ce qui concerne le budget fédéral.

Je vous remercie du temps et de l'attention que vous portez à cette délicate question.

EXPÉRIENCE VÉCUE DE LA PERSONNE 1

Employée souffrant d'arthrose précoce, de multiples remplacements d'articulations (hanches/genoux), d'une sténose lombaire dégénérative (L3-4) et d'une discopathie dégénérative avec hernie discale à L4-5, et d'un tunnel carpien aux deux poignets.

- Femme très instruite, titulaire d'une maîtrise spécialisée en sciences, occupant un poste de régulatrice scientifique de niche au sein du gouvernement du Canada.
- Famille avec conjoint, deux enfants et deux chiens.
- À l'âge de 45 ans, elle a commencé à éprouver des difficultés à marcher, accompagnées de douleurs atroces.
- L'imagerie et l'examen ont permis de déterminer que la patiente devait subir un remplacement de la hanche.
- Un remplacement complet de la hanche est réalisé en 2016, et deux luxations ultérieures surviennent neuf mois plus tard.
- L'employée a été mise en arrêt de travail pendant trois mois pour se concentrer sur le renforcement de la hanche. Elle a suivi un traitement de physiothérapie deux fois par semaine dans une clinique de physiothérapie spécialisée s'appuyant sur l'utilisation d'un tapis roulant sous l'eau et sur le sol, en plus d'une thérapie manuelle.
- La douleur de l'employée n'a pas diminué. Une imagerie plus poussée a révélé une sténose lombaire à L3-4 et une hernie discale à L4-5. La chirurgie était une option, mais le chirurgien a recommandé une thérapie conservatrice – continuer les exercices d'hydrothérapie avec traitement. L'injection épidurale a permis de soulager une partie de la douleur de l'employée. La maladie a réduit la capacité de l'employée à participer aux activités de la vie quotidienne comme marcher, cuisiner, faire le ménage, etc. La douleur et la faiblesse sont importantes.
- L'employée travaille à temps partiel tout en continuant à percevoir un remplacement du revenu en raison d'une invalidité de longue durée.
- D'autres médicaments contre la douleur (dont certains sont de marque) rendent l'employée somnolente et réduisent ses facultés cognitives, ce qui nécessite des mesures d'adaptation en milieu de travail. Les effets secondaires comprennent également la prise de poids.
- L'employée a reçu l'instruction de poursuivre le traitement de physiothérapie au moins deux fois par semaine accompagné d'exercices et de thérapie manuelle pour gérer la douleur et maintenir la force.
- La deuxième hanche de l'employée s'est détériorée rapidement et a été remplacée en 2023.
- L'employée doit également subir un remplacement du genou, mais le chirurgien recommande d'abord une perte de poids. Des injections de stéroïdes dans le genou sont effectuées tous les trois mois. Il est trop tard pour des injections de lubrifiant; le genou étant en état de dégénérescence trop avancé. L'employée doit prendre de l'Ozempic, le médicament le plus puissant pour contrer l'effet de prise de poids des médicaments contre la douleur.
- L'employée commence à subir des ablations nerveuses pour mieux contrôler la douleur et améliorer sa mobilité. Différents médicaments sont utilisés et le coût est de 50 \$ chacun, et cinq traitements aux deux mois sont nécessaires.

- L'employée dépense de 5 000 à 8 000 \$ en physiothérapie par an, autant en massages, ostéopathie et chiropratique que ce que prévoit le régime, et même plus. Elle n'a tout simplement pas les moyens de s'offrir ce traitement.
- Elle a réduit le recours à la physiothérapie à une séance par semaine en octobre, en ne conservant que la partie traitement. L'entraînement musculaire à la maison ne se passe pas bien, sa force a diminué de manière significative et les douleurs au genou et au dos ont repris de manière significative. Le traitement prévu en janvier 2024, une fois par semaine, ne durera que trois mois, et l'employée ne bénéficiera d'aucun soin de physiothérapie pendant le reste de l'année, d'avril à décembre.
- Elle a besoin d'Ozempic pour perdre du poids – ce médicament n'est plus couvert par le régime et son coût est exorbitant. Elle a arrêté Ozempic et reprend du poids.
- Son anesthésiste procède actuellement à un titrage minutieux des traitements d'ablation nerveuse dans la colonne vertébrale. La Canada Vie rejette la demande de remboursement et demande une lettre et trois formulaires différents pour ce traitement : Autorisation préalable pour exception, nom de marque (ne répond pas aux critères) et vérification (pour justifier pourquoi les procédures n'ont pas lieu dans un hôpital avec une hospitalisation – pour justifier pourquoi le coût n'est pas payé par la province pour les procédures d'hospitalisation). À noter que ces traitements ont lieu dans un centre spécialisé dans le traitement de la douleur, doté de tout l'équipement d'un hôpital, et qu'il s'agit du seul centre de traitement de la douleur de toute la région de l'est de l'Ontario à disposer de ces spécialisations et de ces services. La charge de travail liée à la coordination et à la justification de ces traitements a été considérable. Cependant, les traitements sont nécessaires car, ils permettent à l'employée de tolérer de marcher jusqu'à une certaine limite et de remplir quelques responsabilités de la vie quotidienne.
- L'employée a reçu une lettre l'informant que les médicaments utilisés pour le traitement de la douleur allaient être remplacés par des médicaments génériques. Le pharmacien indique que les versions génériques de ces médicaments en particulier aboutissent parfois à un échec du traitement. Étant donné que l'état de santé de l'employée est très complexe et que d'autres traitements sont en cours de titrage, le passage à un médicament générique à cette étape est une très mauvaise idée, car il pourrait interférer avec le titrage d'autres traitements.
- Les complications constantes du processus avec la Canada Vie sont extrêmement épuisantes pour l'employée, qui doit régler les demandes de remboursement des personnes à charge, soumettre à nouveau les demandes à plusieurs reprises, et appeler à plusieurs reprises pour diverses raisons. Des dizaines d'heures y ont été consacrées. L'employeur devra autoriser cette activité pendant les heures de travail.
- Avec les restrictions actuelles du régime, la douleur, la mobilité et la qualité de vie de l'employée ont déjà commencé à empirer de manière significative. Il est probable qu'elle retourne en congé d'invalidité de longue durée. C'est dommage, car c'est une employée talentueuse et tout cela pourrait être évité.

EXPÉRIENCE VÉCUE DE LA PERSONNE 2 – Prestations de physiothérapie en vertu du RSSFP – Employé souffrant de problèmes musculo-squelettiques complexes

Remarque : Ces informations ne sont échangées que dans le but de plaider en faveur de l'annulation des changements apportés à la couverture des soins de physiothérapie dans le cadre du Régime de soins de santé de la fonction publique. Il s'agit d'informations privées de nature très délicate sur la santé et les personnes, qui ne doivent pas être utilisées à d'autres fins, et ces informations dépersonnalisées ne doivent pas être combinées à d'autres informations d'une manière qui pourrait permettre d'identifier la personne concernée.

Aperçu

- La personne souffre d'un dysfonctionnement musculo-squelettique complexe depuis près de 20 ans. Ce dysfonctionnement comprend des périodes de perte musculaire sévère et rapide à la suite de tensions/blessures qui entraînent une incapacité extrême dans un laps de temps très court.
- Ces limitations ont eu des répercussions sur la capacité de travail de la personne, qui a dû exercer un travail indépendant à temps partiel sans bénéficier d'avantages sociaux.
- La personne a rejoint récemment la fonction publique. Cette occasion lui a permis de conserver un emploi permanent assorti d'avantages sociaux pour la première fois depuis l'apparition de son handicap il y a près de 20 ans.
- La personne participe à un vaste programme quotidien de rééducation à domicile qui, combiné à des soins de physiothérapie professionnelle, nécessite un engagement d'environ 20 à 25 heures par semaine.
- L'accès aux prestations de physiothérapie dans le cadre du RSSFP a changé sa vie et a eu des répercussions positives sur sa capacité à travailler, sa qualité de vie et la prévention de la détérioration de son état. Par exemple :
 - Les prestations soutiennent un programme de réadaptation physique d'une durée d'un an pour l'aider à se remettre d'une perte musculaire récente qui a limité sa capacité, notamment, de se lever d'une chaise ou d'une toilette.
 - L'accès aux prestations lui a également permis d'essayer un nouveau traitement de physiothérapie pour la scoliose qui a diminué sa douleur et amélioré sa capacité à dormir plus de quatre heures par nuit.
 - Des séances régulières de physiothérapie ont également permis d'améliorer sa tolérance à l'ordinateur et sa capacité à mieux gérer les douleurs et les dysfonctionnements résultant des exigences professionnelles accrues qui nécessitent des périodes d'utilisation plus intensive de l'ordinateur.
- La personne a eu plus de 150 rendez-vous de physiothérapie en 2022, pour un coût d'environ 1 000 \$/mois (plus de 12 000 \$ par an).
- La personne a reçu des traitements de plusieurs prestataires spécialisés qui fournissent des services de physiothérapie uniques (p. ex., ajustement de la colonne vertébrale, techniques d'Active Release, stimulation intramusculaire, physiothérapie pour la scoliose, physiothérapie neuromusculaire, etc.) qui, ensemble, ont amélioré sa santé et lui ont permis de travailler.

Répercussions de la perte de prestations

- Les frais de physiothérapie s'ajoutent à d'autres frais médicaux pour des traitements avancés qui ne sont pas couverts par l'Assurance-santé de l'Ontario ou les prestations de santé (p. ex., d'autres traitements au prix de 400 \$/traitement, quatre à six fois par an qui ont été très utiles).
- Une diminution des soins de physiothérapie est susceptible d'accroître les limitations fonctionnelles de la personne et pourrait avoir des répercussions négatives comme une baisse de la productivité/concentration au travail en raison d'une augmentation de la douleur et d'une diminution du sommeil.
- La personne risque également de devoir réduire davantage ses heures de travail (au-delà de son horaire de travail actuel déjà réduit) afin de gérer les claquages musculaires répétés et d'autres problèmes physiques. Une nouvelle perte de revenus, combinée à la nécessité de dépenser plus d'argent pour les traitements, alourdirait encore le fardeau financier de l'invalidité de cette personne.
- Au fil du temps, la personne pourrait à nouveau devoir quitter le marché du travail en raison de l'aggravation de ses limitations fonctionnelles et de son handicap. De plus, même si cette personne parvient à atteindre l'âge de la retraite, elle aura uniquement une petite pension en raison de ses années d'incapacité à travailler, causées par son handicap et par les répercussions négatives de la baisse de salaire à la suite de la réduction du nombre d'heures de travail.
- Sur le plan personnel, moins de soins de physiothérapie pourraient lui causer des difficultés supplémentaires pour maintenir son indépendance fonctionnelle, sa mobilité, ses activités de la vie quotidienne, etc. – autant de problèmes qui peuvent être exacerbés par le vieillissement normal. Ce changement au régime a engendré de l'anxiété et des inquiétudes quant à l'avenir de la santé de cette personne.
- Les compagnies d'assurance privées sont réticentes à assurer des personnes souffrant de conditions médicales chroniques complexes et préexistantes, de sorte que l'assurance collective est la seule option permettant de répartir le risque.