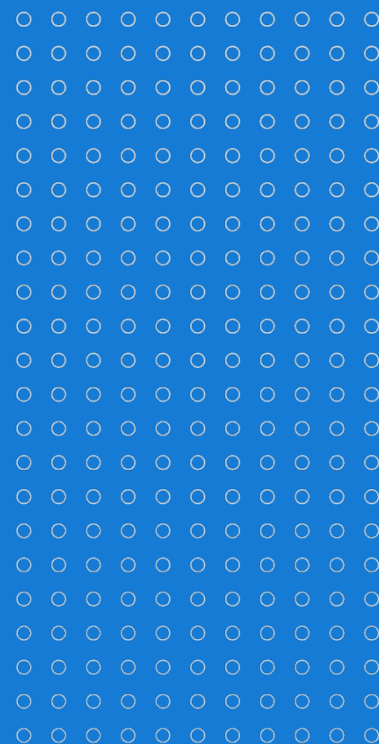


Perspectives de HUB : Mise à jour de mi-année 2025



Juin 2025

Risque et assurance | Avantages sociaux et retraite | Clientèle privée





Aperçu

Ce document fournit aux promoteurs de régimes et aux autres parties prenantes une mise à jour des questions clés concernant les régimes d'avantages sociaux et de retraite en date de juin 2025.

Au **niveau fédéral**, les mises à jour suivantes peuvent avoir une incidence sur les régimes et/ou les participants :

- Régime national d'assurance médicaments et stratégie nationale visant les médicaments pour le traitement des maladies rares
- Régime canadien de soins dentaires
- Soins virtuels
- Lignes directrices sur les régimes de capitalisation
- Lignes directrices sur la gestion des risques à l'intention des administrateurs de régimes de retraite

Il est à noter que les budgets fédéraux sont généralement publiés au printemps et comprennent un certain nombre d'annonces ou de mises à jour pertinentes. Le gouvernement fédéral nouvellement réélu a indiqué qu'il présenterait un budget pour l'automne 2025.

Au **niveau provincial**, les éléments suivants peuvent également avoir une incidence sur les régimes et/ou les participants.

- Allégations de pratiques anticoncurrentielles dans le secteur pharmaceutique
- Loi 27 du Québec : nouvelles obligations relatives aux risques psychosociaux en matière de santé et de sécurité au travail
- Nouveaux congés non payés en Ontario
- Éléments du budget de l'Ontario relatifs à la retraite

Toutes les données et informations incluses dans ce document ont été compilées à partir de documents et de publications officiels du gouvernement. Bien que nous estimions que les sources sont exactes, les lecteurs doivent se référer à la législation en vigueur s'ils utilisent ce document à des fins autres qu'informatives.



Mise à jour sur les programmes fédéraux

Au niveau fédéral, les mises à jour suivantes peuvent avoir une incidence sur les régimes et/ou les participants.

Régime national d'assurance médicaments et stratégie nationale visant les médicaments pour le traitement des maladies rares

Résumé

En octobre 2024, le projet de loi C-64, la *Loi concernant l'assurance médicaments* (la « loi »), a reçu la sanction royale et est entré en vigueur. La loi fournit un cadre pour le développement d'un programme national d'assurance médicaments. La première phase décrit l'intention du gouvernement fédéral de collaborer avec les provinces et les territoires pour fournir une protection universelle à payeur unique pour certains médicaments contraceptifs et antidiabétiques. La liste exclut notamment les médicaments antidiabétiques de type « GLP-1 », tels qu'Ozempic, qui ont entraîné une augmentation des coûts des médicaments pour de nombreux régimes privés ces dernières années.

À terme, un régime national d'assurance médicaments devrait couvrir les médicaments de toutes les classes thérapeutiques, et l'Agence canadienne des médicaments a été chargée d'établir une liste de médicaments essentiels qui servira de base pour créer une liste nationale de médicaments. On peut supposer que cette liste nationale sera semblable aux programmes de médicaments provinciaux existants et aux listes destinées aux personnes âgées et aux Canadiens à faible revenu. Les détails de la mise en œuvre, du fonctionnement et du financement du régime font encore l'objet de consultations et d'examen par des comités d'experts.

Le ministre fédéral de la Santé cherche à conclure des accords bilatéraux avec les provinces et les territoires afin d'assurer l'accès aux premières catégories de médicaments, soit les contraceptifs et les antidiabétiques, dans le cadre de la première phase d'un régime national d'assurance médicaments universel. À ce jour, le Manitoba et l'Île-du-Prince-Édouard ont mis en place des programmes débutant respectivement le 15 avril et le 1^{er} mai 2025. Le Yukon et la Colombie-Britannique ont proposé des dates de mise en œuvre de janvier 2026 et mars 2026, respectivement.

Le gouvernement nouvellement réélu n'a pas encore donné de détails sur l'avenir ou le calendrier du régime national d'assurance médicaments. Comme le prévoit la loi, un comité d'experts rédige actuellement un rapport qui doit être remis en octobre 2025 « afin de formuler des recommandations concernant les options de fonctionnement et de financement d'un régime national d'assurance médicaments universel et à payeur unique ». Le contenu de ce rapport et les réactions qu'il suscitera pourraient donner le ton des prochaines étapes de cette initiative.

Le point de vue du promoteur du régime

Les promoteurs de régimes qui offrent une assurance médicaments aux employés de groupes privés au Manitoba et à l'Île-du-Prince-Édouard peuvent s'attendre à réaliser des économies annualisées sur les coûts des médicaments, qui devraient être de l'ordre de 3 % à 5 %. Des économies similaires sont attendues au Yukon et en Colombie-Britannique à partir du premier trimestre 2026 avec la mise en œuvre du régime national d'assurance médicaments. Les listes spécifiques de médicaments couverts varient jusqu'à présent selon les juridictions et, étant donné que la Colombie-Britannique couvre de nombreux contraceptifs au niveau provincial depuis 2023, l'accord inclut la couverture de

l'hormonothérapie substitutive dans cette province. On peut s'attendre à des économies supplémentaires si d'autres provinces concluent des accords avec le gouvernement fédéral et si la liste des médicaments couverts est élargie.

De nombreuses questions restent sans réponse quant à la forme que prendra à long terme le régime national d'assurance médicaments et à son incidence sur les régimes privés. Il se peut également que les objectifs ou les priorités de l'assurance médicaments nationale soient différents de ce qu'ils étaient auparavant sous le gouvernement fédéral réélu. Dans la plupart des cas, il est encore trop tôt pour que les promoteurs de régimes privés envisagent d'apporter des modifications à leurs régimes en réaction à l'assurance médicaments nationale.

La législation fait également référence au financement de la stratégie nationale visant les médicaments pour le traitement des maladies rares. Cette stratégie vise à « améliorer l'accès aux médicaments nouveaux et émergents, ainsi qu'aux médicaments existants, et à favoriser le diagnostic précoce et le dépistage des maladies rares ». À la fin de l'année 2024, des accords auront été conclus avec les 13 provinces et territoires. Si ce programme permet d'atténuer la pression sur les coûts et l'incertitude associée aux médicaments très coûteux, il s'agira d'une bonne nouvelle pour les promoteurs de régimes privés.

Régime canadien de soins dentaires

Résumé

Le Régime canadien de soins dentaires (RCSD), qui a vu le jour sous le nom de Régime dentaire canadien (RDC), a commencé à fournir des prestations en 2022 aux enfants non assurés de moins de 12 ans dont le revenu familial net ajusté était inférieur à 90 000 \$. Depuis, la liste des résidents canadiens admissibles au RCSD s'est élargie aux personnes âgées de 65 ans et plus, aux personnes ayant un certificat valide de crédit d'impôt pour personnes handicapées et aux enfants de moins de 18 ans. **Depuis la fin du mois de mai 2025, tous les résidents canadiens admissibles restants peuvent désormais demander à être couverts par le régime.** Pour être admissibles au RCSD, les personnes doivent remplir les conditions d'admissibilité suivantes : ne pas avoir accès à une assurance dentaire, être résident canadien aux fins de l'impôt, avoir produit une déclaration de revenus canadienne et avoir un revenu familial net ajusté inférieur à 90 000 \$.

Les services suivants sont couverts par le RCSD et peuvent faire l'objet de modifications dans le cadre des processus de révision réguliers :

- Les services de diagnostic et de prévention, y compris les examens dentaires, le détartrage (nettoyage), les radiographies et les applications de fluorure.
- Les services de restauration, y compris les plombages.
- Les services d'endodontie, y compris les traitements de canal.
- Les services parodontaux, y compris le détartrage profond.
- Les services de restauration majeurs, y compris les couronnes.
- Les principaux services de prothèse amovible (dentiers).
- Les services d'anesthésie ou de sédation.
- Les services de chirurgie buccale, y compris les extractions.

Santé Canada a déclaré que certains traitements orthodontiques limités seront admissibles sur la base de critères stricts en 2025. Il semble que la plupart des traitements orthodontiques resteront inadmissibles, de même que les prothèses fixes (ponts), les appareils parodontaux, les implants et certains autres traitements dentaires courants.

Dans le cadre du RCSD, les résidents admissibles sont remboursés pour les frais dentaires admissibles en fonction de leur revenu familial net ajusté comme suit :

- Moins de 70 000 \$: 100 %;
- De 70 000 \$ à 79 999 \$: 60 %, et
- De 80 000 \$ à 89 999 \$: 40 %.

Les frais sont remboursés selon les tarifs établis par le RCSD, qui varient selon les provinces et les territoires et peuvent être inférieurs aux guides des tarifs annuels publiés par les associations dentaires provinciales et territoriales.

Le point de vue du promoteur du régime

Étant donné que les personnes admissibles à des régimes de soins dentaires privés, qu'ils soient assurés ou autofinancés, y compris les comptes de dépenses de soins de santé, ne sont pas admissibles au RCSD, ce programme ne devrait pas offrir d'allègement immédiat des coûts pour les promoteurs de régimes privés. Si certains employeurs envisagent de supprimer la protection de soins dentaires pour les travailleurs les moins bien rémunérés, une telle approche pose plusieurs problèmes :

- Accès aux données sur le revenu familial net - La plus grande difficulté réside dans le fait que l'admissibilité est basée sur le revenu familial net ajusté, qui peut inclure le revenu du conjoint ainsi que d'autres sources de revenus et de déductions qui sont inconnues des employeurs et qui peuvent exclure les employés de l'admissibilité au RCSD. Il n'y a tout simplement aucun moyen pour un employeur de savoir si ses employés et leurs familles seront admissibles au RCSD en l'absence d'un régime privé de soins dentaires.
- Frais remboursables - Les niveaux de remboursement peuvent être inférieurs et les frais remboursables supérieurs à ceux des régimes privés, en particulier pour les résidents dont le revenu familial net ajusté se situe entre 70 000 et 90 000 \$. Le guide des tarifs du RCSD peut être inférieur aux guides des tarifs provinciaux et territoriaux et les dentistes ne sont pas tenus de facturer selon la grille des prestations du RCSD, de sorte que le patient peut être responsable de la différence. Même si elle est couverte à 100 %, une personne admissible au RCSD peut payer de sa poche certaines sommes pour des actes dentaires courants si le prestataire de soins dentaires facture des honoraires supérieurs à la grille des prestations du RCSD.

En mai 2025, 4 millions de résidents canadiens bénéficiaient d'une protection, mais seulement 2 millions avaient reçu des soins. Compte tenu de l'ampleur du RCSD, il pourrait y avoir d'autres répercussions sur les promoteurs de régimes privés au fur et à mesure de son développement.

Les employeurs continuent d'être tenus de déclarer sur les feuillets T4 et T4A s'ils ont fourni à leurs employés et retraités l'accès à une protection de soins dentaires. Cette exigence ne fait pas de différence quant à l'utilisation de la protection, mais seulement quant à l'admissibilité de la personne à la protection de soins dentaires. Des exceptions ont été confirmées pour les personnes qui ont accès aux soins dentaires par le biais de prestations post-retraite si elles ont pris leur retraite et se sont retirées de la protection de soins dentaires avant le 11 décembre 2023, et qu'elles ne peuvent pas se réinscrire en vertu des règles du régime. Cette question a été défendue par HUB au nom de ses clients.

Soins virtuels

Résumé

Les soins virtuels permettent aux individus d'accéder à des consultations médicales et à des traitements à distance. Ces services sont devenus extrêmement populaires ces dernières années, en particulier en

raison de la pandémie de COVID-19. Les services de soins virtuels sont offerts, bien que parfois limités, sans frais pour le patient dans de nombreuses juridictions; cependant, de nombreux employeurs offrent à leurs employés des services de santé virtuels plus robustes et payés, à titre d'avantage.

En janvier 2025, le gouvernement fédéral a proposé d'étendre les soins virtuels afin d'améliorer l'accès équitable à l'échelle nationale, avec un financement au titre de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS). Plus précisément, si un service est considéré comme médicalement nécessaire, il devrait être couvert par le régime d'assurance maladie provincial ou territorial du patient, que le service soit fourni par un médecin ou un professionnel de la santé équivalent. Les provinces ou les territoires n'autoriseraient pas les frais modérateurs ou la surfacturation de ces services - que ce soit par l'intermédiaire de cliniques privées ou de régimes d'employeurs - car ils s'exposeraient alors à une récupération des transferts fédéraux en santé. Cette approche soulève la question de savoir si les services de soins virtuels financés par l'employeur sont médicalement nécessaires. Cette politique doit entrer en vigueur le 1^{er} avril 2026.

Le point de vue du promoteur du régime

Pour l'instant, le rôle des fournisseurs de soins virtuels reste inchangé et les soins virtuels continuent d'être un avantage apprécié des employés dans de nombreux cas. On ne sait pas encore si le gouvernement fédéral nouvellement réélu aura un point de vue différent sur cette question.

Certaines organisations de ce secteur ont estimé que, puisque les frais liés aux soins virtuels financés par l'employeur sont supportés par l'employeur et non par l'employé/patient, les programmes financés par l'employeur devraient pouvoir être maintenus. Compte tenu de la prévalence et de la popularité des services de soins virtuels, cette question devrait faire l'objet d'une attention particulière, d'autant plus que la date d'entrée en vigueur du 1^{er} avril 2026 approche à grands pas. Les Canadiens ont largement adopté les soins virtuels, dans certains cas en raison du manque d'accessibilité aux médecins de famille. Toutefois, il n'est pas certain que les soins virtuels fournis par l'employeur puissent être maintenus sous leur forme actuelle.

Lignes directrices sur les régimes de capitalisation

Résumé


Les lignes directrices sur les régimes de capitalisation ont changé pour la première fois depuis 2004. Contrairement aux régimes de retraite américains régis par l'Employee Retirement Income Security Act de 1974 (ERISA) du ministère du Travail des États-Unis, les lignes directrices canadiennes sur les régimes de capitalisation sont des pratiques recommandées plutôt que des règlements.

Modifications recommandées des lignes directrices sur les régimes de capitalisation

Les recommandations pour la mise à jour des lignes directrices comprennent les six points suivants :

1. Prendre des décisions axées sur les résultats.
2. Soutenir et chercher à renforcer l'engagement des participants.
3. Fournir des orientations spécifiques sur les gammes d'investissement et les sélections de fonds par défaut.
4. Adhérer à des normes communes en matière de gouvernance et de responsabilité des régimes.
5. S'efforcer d'apporter une valeur ajoutée lors de la prise de décisions administratives et d'investissement.
6. Examiner les résultats des régimes de retraite à cotisations déterminées ainsi que les moyens d'aider les participants à la phase de décaissement.

Les lignes directrices sur les régimes de capitalisation ont été mises à jour en fonction de ces



recommandations. Les employeurs peuvent les considérer comme des pratiques exemplaires pour favoriser le bien-être financier de leurs employés. L'objectif global est de veiller à ce que les promoteurs de régimes de retraite agissent au mieux des intérêts des participants.

Principales mises à jour pour les promoteurs de régimes et les fournisseurs de services

Les lignes directrices sur les régimes de capitalisation actualisées comprennent une définition élargie des régimes de capitalisation afin de couvrir davantage de types de régimes (par exemple, les CELI, les RPAC, les FRV), une inclusion plus large des participants (par exemple, les travailleurs indépendants, les conjoints survivants) et une obligation fiduciaire clarifiée pour les promoteurs et les fournisseurs de services.

Les promoteurs ont désormais un plus grand devoir de diligence, et doivent notamment proposer une formation continue sur mesure plutôt que de se contenter de fournir des outils. Les fonctions automatiques telles que l'adhésion et l'indexation des cotisations sont encouragées mais doivent être clairement divulguées. En outre, la sélection des fonds de placement doit tenir compte des résultats pour les participants et des frais.

Les fournisseurs de services doivent divulguer les conflits d'intérêts et toute rémunération dépassant les frais indiqués. L'accent est mis sur la documentation des responsabilités, la communication avec les participants et la sécurité de la tenue des dossiers. Les lignes directrices ajoutent également la planification financière aux conseils autorisés et étendent les obligations de surveillance aux participants ayant cessé de participer au régime.

En outre, les promoteurs sont censés revoir régulièrement, idéalement une fois par an, les cadres de gouvernance, les fournisseurs de services, les options d'investissement et les stratégies de formation. Les exigences en matière de communication concernant les modifications apportées au régime et les relevés des participants sont renforcées afin de favoriser l'engagement et la prise de décision éclairée.

Considérations relatives à la documentation sur la gouvernance

Dans le cadre de la mise à jour de l'ACOR, le promoteur d'un régime de capitalisation est désormais tenu d'établir et de documenter un cadre de gouvernance pour l'administration du régime de capitalisation. Comme indiqué plus haut, les promoteurs sont tenus de revoir régulièrement leur cadre de gouvernance. Le document doit comprendre les éléments suivants :

- Rôles, responsabilités et obligations des parties prenantes ou impliquées dans la gouvernance du régime
- Processus de communication, y compris pour les plaintes des participants
- Code de conduite, y compris pour la gestion des conflits d'intérêts
- Cadre de gestion des risques
- Cadre pour l'examen régulier des fournisseurs de services et des gestionnaires d'investissement
- Processus de révision du processus de gouvernance

Le point de vue du promoteur du régime

Lorsqu'ils évaluent un régime de capitalisation en tant qu'avantage pour les employés, les employeurs doivent s'efforcer d'en améliorer l'efficacité. La plupart des mesures prises par les employeurs à la fine pointe en matière de promotion des pratiques exemplaires sont intégrées dans les nouvelles lignes directrices sur les régimes de capitalisation.



véhicules d'investissement.

L'objectif est d'améliorer la transparence des risques, la responsabilité et les résultats pour les participants grâce à une surveillance proactive.

Le point de vue du promoteur du régime

Ces lignes directrices introduisent une approche plus structurée de la gestion des risques, qui peut nécessiter de nouveaux processus, une documentation formalisée et des pratiques de gouvernance renforcées. Bien que les administrateurs de régimes puissent déjà évaluer ces risques de manière informelle, les lignes directrices formalisent les attentes et peuvent nécessiter des mises à jour des politiques, des évaluations des fournisseurs et des examens de la cybersécurité.

L'établissement d'un registre des risques peut être un outil efficace pour favoriser le respect de la ligne directrice. Les organismes de régulation en matière de retraite peuvent examiner le cadre de gestion des risques de l'administrateur d'un régime dans le cadre de leurs activités de surveillance afin de déterminer si l'administrateur respecte ses obligations fiduciaires et son niveau de diligence.

Les orientations sur les considérations ESG peuvent également être bien accueillies, car elles contribuent à clarifier les attentes dans un domaine où il y a parfois de l'incertitude. Les administrateurs de régimes devraient évaluer si et comment ils prennent en compte les informations et les risques ESG dans les décisions d'investissement conformément aux orientations, et revoir la formulation correspondante dans leur énoncé des politiques et procédures de placement.

Mesures provinciales récentes

Les mesures provinciales suivantes peuvent également avoir une incidence sur les régimes et/ou les participants.

Allégations de pratiques anticoncurrentielles dans le secteur pharmaceutique

Résumé

L'assureur Beneva a récemment déposé une plainte auprès du Bureau de la concurrence du Canada pour pratiques anticoncurrentielles de la part de certaines pharmacies spécialisées au Québec. Beneva affirme que ces pharmacies ont conclu des accords préférentiels avec des programmes de soutien aux patients (PSP). Les PSP sont financés par l'industrie pharmaceutique et sont conçus pour aider les patients tout au long de leurs traitements de médicaments de spécialité. Beneva affirme que ces accords orientent les patients vers des pharmacies spécifiques, ce qui « empêche ou réduit considérablement la concurrence et gonfle artificiellement les prix des médicaments ».

En juin 2024, l'Ordre des pharmaciens propriétaires du Québec a également dénoncé ces pratiques en déposant une demande de recours collectif contre ces pharmacies.

Parallèlement, l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP) fait pression sur le gouvernement pour qu'il encadre davantage les honoraires des pharmaciens au Québec. L'ACCAP dénonce le fait que les honoraires du secteur privé sont deux fois plus élevés que ceux du secteur public (les honoraires peuvent parfois être encore plus élevés pour les médicaments de spécialité).

Dans une autre affaire, le Bureau de la concurrence du Canada a également obtenu une ordonnance du tribunal pour faire avancer une enquête sur Express Script Canada, une société qui fournit des services de traitement des demandes de remboursement de médicaments sur ordonnance et d'autres services pour les fournisseurs d'assurance et les pharmaciens. Le Bureau examine les allégations de pratique anticoncurrentielle susceptible d'empêcher ou de limiter la concurrence sur le marché de la vente au détail de médicaments en orientant les patients vers les pharmacies appartenant à Express Script Canada ou associées à cette société.

L'année dernière, l'annonce par Manuvie que son programme de soins pour les médicaments de spécialité serait « principalement » dispensé par des pharmacies appartenant à Loblaw a fait grand bruit et a entraîné l'annulation de l'initiative. Le gouvernement de l'Ontario mène actuellement des consultations sur la possibilité de régler les accords d'exclusivité entre les assureurs et les pharmacies.

Le point de vue du promoteur du régime

Dans un contexte d'augmentation constante des coûts, les accords et les fournisseurs de médicaments sur ordonnance font l'objet d'un examen de plus en plus minutieux. Les questions en jeu sont complexes et les détails des accords en vigueur ne sont souvent pas transparents, ni même accessibles au public.

Un manque de concurrence entre les pharmacies peut certainement entraîner une hausse des prix des médicaments. Toutefois, certains arrangements proposés par les assureurs peuvent permettre aux promoteurs de régimes de réaliser des économies. L'éventail des options dont disposent les promoteurs de régimes pour gérer leur couverture des médicaments sur ordonnance n'a jamais été aussi large et il convient d'envisager des ajustements de manière proactive pendant que certaines des questions les plus importantes du secteur sont en cours d'examen.

Loi 27 du Québec : nouvelles obligations liées aux risques psychosociaux en matière de santé et de sécurité au travail

Résumé

La loi 27 au Québec, *Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail*, adoptée en 2021, vise principalement à moderniser le régime de santé et de sécurité du travail (SST) dans la province. Elle a introduit des changements importants pour améliorer la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, renforcer les droits et les protections des travailleurs et assurer un environnement de travail sain et sécuritaire, tant sur le plan physique que psychologique.

En vertu de cette loi, **d'ici le 6 octobre 2025***, les employeurs ayant une main-d'œuvre au Québec et tenus de maintenir un programme de prévention en vertu de la LSST devront inclure dans leur programme de prévention les risques psychosociaux (RPS) pouvant avoir une incidence sur la santé de leur personnel. Le non-respect de ces exigences pourrait entraîner des sanctions imposées par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST).

Le point de vue du promoteur du régime

Pour se conformer à cette loi, les employeurs devront prendre un certain nombre de mesures, telles que :

1. Identifier, analyser et prioriser les RPS en milieu de travail, notamment le harcèlement, le stress, la violence et la charge de travail.
2. Intégrer les RPS dans les programmes de prévention SST et adopter des mesures pour prévenir et corriger les RPS identifiés, notamment en les éliminant à la source, en modifiant les méthodes de travail, en sensibilisant et en formant les employés et les gestionnaires.
3. Veiller à ce que des politiques soient en place pour favoriser la responsabilité en matière de prévention du harcèlement et des actions rapides.

En prenant en compte les RPS, les employeurs ne se contentent pas de répondre aux exigences de conformité, ils favorisent également le bien-être des employés et atténuent les difficultés et les coûts liés à la santé mentale.

*Le projet de loi 101, *Loi visant l'amélioration de certaines lois du travail*, présenté le 24 avril 2025, vise à modifier plusieurs régimes en droit du travail, y compris la loi 27. Si le projet de loi 101 est adopté, la mise en œuvre des obligations en matière de RPS pourrait être retardée d'un an, soit jusqu'au 6 octobre 2026.

Nouveaux congés non payés en Ontario

Résumé

Le gouvernement provincial de l'Ontario a adopté un certain nombre de projets de loi relatifs à l'emploi qui modifient diverses lois en matière d'emploi en Ontario. Deux changements sont particulièrement liés aux avantages sociaux :

- Un nouveau « congé de maladie de longue » sera mis en œuvre à partir du 19 juin 2025. Ce congé permettra à un employé au service d'un employeur depuis au moins 13 semaines de bénéficier d'un congé non payé d'une durée maximale de 27 semaines au cours d'une période de 52 semaines. L'employé doit être incapable d'exercer les fonctions de son poste en raison d'un problème médical grave. L'état de santé et la période d'absence doivent être justifiés par un

certificat médical délivré par un « praticien de santé qualifié ».

Les employeurs ne sont pas tenus de verser un salaire pendant un congé de maladie de longue durée (sauf obligation contraire). Les employés peuvent avoir droit à des indemnités de remplacement de salaire versées par l'assurance-emploi ou d'autres programmes.

- Un nouveau « congé en vue du placement d'un enfant » sera mis en œuvre, bien que la date d'entrée en vigueur n'ait pas encore été annoncée. Ce nouveau congé permettra à un employé au service d'un employeur depuis au moins 13 semaines de prendre un congé non payé de 16 semaines au maximum en raison du placement ou de l'arrivée d'un enfant dont il a la garde, la charge et la surveillance, que ce soit par adoption ou par maternité de substitution. Le congé peut commencer jusqu'à 6 semaines avant la date prévue du placement.

Ce nouveau congé semble destiné à compléter la future prestation fédérale d'assurance-emploi pour l'adoption et la maternité de substitution, dont la date d'entrée en vigueur n'a pas encore été annoncée. Ce nouveau congé s'ajouterait au congé parental dont bénéficient déjà les nouveaux parents dans les situations d'adoption et de maternité de substitution.

Le point de vue du promoteur du régime

Si les employeurs ne sont pas encore familiarisés avec certaines des nouvelles exigences, ils devraient examiner les implications de ces changements.

La plupart des employeurs ayant mis en place des prestations de remplacement du salaire en cas d'invalidité n'auront probablement pas besoin de procéder à des ajustements spécifiques à la lumière du congé de maladie de longue durée. Cela dit, les politiques et les pratiques relatives aux congés, aux congés de maladie, à l'invalidité et à d'autres questions connexes peuvent être complexes et doivent être harmonisées. Il est prudent d'examiner ces dispositions pour s'assurer de leur conformité et des meilleures pratiques.

Les employeurs qui ont mis en place des programmes pour les employés qui prennent un congé de maternité ou un congé parental doivent tenir compte de l'impact du congé en vue du placement d'un enfant.


Budget de l'Ontario – Mesures en matière de retraite

Résumé

Le budget 2025 de l'Ontario a finalisé le cadre des régimes à prestations cibles (RPC) et a fait progresser les efforts visant à introduire les prestations viagères variables (PVV).

Les RPC offrent aux employés une pension à vie qui peut être ajustée par les promoteurs du régime en fonction du niveau de financement du régime. Ces régimes transfèrent une partie du risque d'investissement et de longévité aux participants, mais ceux-ci conservent l'avantage d'une longévité commune et d'actifs gérés par des professionnels. Les participants à ces régimes peuvent changer d'employeur tout en continuant à participer au même régime de retraite. Les règles de l'Ontario permettent aux régimes de retraite interentreprises non conjoints de s'enregistrer en tant que RPC ou de passer d'un régime à prestations déterminées à un RPC, avec une période de transition de cinq ans. Les RPC ne sont pas encore autorisés pour les régimes à employeur unique en Ontario.

Les PVV sont une option de décaissement proposée en Ontario pour les participants des régimes de retraite à cotisation déterminée et des régimes de pension agréés collectifs. Les PVV offrent un revenu mensuel viager à la retraite, semblable aux rentes, mais les actifs des retraités sont mis en commun au



sein du régime de retraite et les paiements sont ajustés en fonction du rendement des investissements et de l'expérience de la mortalité. Cette structure fournit un revenu prévisible tout en évitant les coûts élevés et la rigidité des rentes. À la fin de l'année 2024, l'Ontario a organisé des consultations sur l'introduction des PVV. Le gouvernement étudie actuellement les commentaires et n'a pas encore finalisé la réglementation. Si elle est mise en œuvre, l'offre de PVV sera facultative pour les promoteurs de régimes.

Le point de vue du promoteur du régime

Les RPC sont intéressants pour les promoteurs de régimes interentreprises qui recherchent une solution intermédiaire entre les régimes à prestations déterminées et les régimes à cotisation déterminée, car ils offrent des prestations prévisibles et mises en commun avec des cotisations fixes. Toutefois, ils s'accompagnent d'une complexité accrue en matière de gouvernance, notamment en ce qui concerne les politiques de financement, de gouvernance et de communication requises, ce qui peut nécessiter une surveillance et une formation plus poussées de la part des administrateurs.

Les PVV offrent aux promoteurs de régimes à cotisation déterminée un moyen de faire face au décaissement en fournissant un revenu à vie sans dépendre des rentes, qui peuvent être une option plus coûteuse. Les PVV impliquent de nouvelles responsabilités en matière de gestion des investissements, de suivi de la mortalité et de communication avec les participants.

Pour ces deux innovations, les promoteurs devront tenir compte de leurs capacités administratives, de leurs obligations fiduciaires et de l'évolution de la réglementation avant d'adopter ces caractéristiques dans la conception de leur régime.

À propos de HUB

HUB International Limitée est un courtier d'assurance et une société de services financiers de premier plan qui propose des produits et des services de gestion des risques, d'assurance, d'avantages sociaux, de retraite et de gestion de patrimoine. Avec plus de 19 000 employés dans des bureaux situés dans toute l'Amérique du Nord, le vaste réseau de spécialistes de HUB apporte de la clarté dans un monde en mutation grâce à des solutions sur mesure et à un soutien sans relâche, afin que les clients soient prêts pour demain.

Pour plus d'informations, veuillez consulter le site www.hubinternational.com/fr-CA/.

Personnes-ressources

Si vous avez des questions sur les informations contenues dans notre Mise à jour de mi-année 2025, veuillez contacter votre consultant en avantages sociaux de HUB ou :

Nicolas Bérubé, conseiller principal, Assurance collective
+418-554-9481 nicolas.berube@hubinternational.com

Marc Drouin, vice-président, Assurance collective
+418-990-7012 marc.drouin@hubinternational.com

Sean Liss, conseiller, Retraite collective
+ 416-619-8472 sean.liss@hubinternational.com

Ken Macdonald, vice-président associé, Assurance collective
+403-776-3635 ken.macdonald@hubinternational.com

Carol Vercaigne, vice-présidente régionale, Assurance collective
+ 204-984.9459 carol.vercaigne@hubinternational.com

David White, vice-président associé, Assurance collective
+604-642-5232 david.white@hubinternational.com

Toutes les données et informations incluses dans ce document ont été compilées à partir de documents et de publications officiels du gouvernement. Bien que nous estimions que les sources sont exactes, les lecteurs doivent se référer à la législation en vigueur s'ils utilisent ce document à des fins autres qu'informatives.