MQRP

MÉDECINS QUÉBÉCOIS
POUR LE RÉGIME PUBLIC

PAS DE FRAIS POUR LES PATIENTS
PARCE QUE PAYER DE SA SANTÉ N'A RIEN D'ACCESSOIRE

Rapport du CA à l'Assemblée générale des membres
Montréal, le 3 juin 2013

MÉDECINS QUÉBÉCOIS POUR LE RÉGIME PUBLIC
5225 Berri, bureau 304
Montréal (Québec)
H2J 2S4
514-638-6659
info@mqrp.qc.ca
http://www.mqrp.qc.ca

Rédaction :
Maxime DUSSAULT-LAURENDEAU, conseiller
Camille GÉRIN, vice-présidente
Isabelle LEBLANC, conseillère
Karyne PELLETIER, conseillère
Alain VADEBONCOEUR, président
Cory VERBAUWHEDE, secrétaire-trésorier

Révision et corrections :
Raymonde DANIS, membre amie
Dounia KAYAL, conseillère

Table des matières

Table des matières 3

INTRODUCTION 5

1) Le cadre légal et les ententes 7

1.1 Loi canadienne sur la santé 7

1.2 Loi sur l'assurance hospitalisation et Loi sur l'assurance maladie 7

1.3 Les « frais de cabinet » et la « composante technique » 8

2) Les frais facturés aux patients : comment s'y retrouver? 10

2.1 Les frais facturables selon la loi et les ententes 10

2.2 Forfaits annuels pour frais « non assurés » 12

2.3 Surfacturation illégale de frais accessoires pour les médicaments et agents anesthésiques 14

2.4 Frais administratifs illégaux 15

2.5 Frais pour accéder au médecin 15

Frais pour obtenir un rendez-vous 15

Formules VIP et frais d'adhésion 15

Bilan payant pour voir un médecin 16

2.6 Coopératives de santé 18

3) Autres professionnels de la santé et nouveaux modèles d'affaires 19

3.1 Soins infirmiers en cabinet 19

3.2 Prélèvements 20

3.3 Un risque déontologique 20

3.4 Contraire à l'esprit de la loi 21

4) Rôle des autorités 22

4.1 Régie de l'assurance maladie du Québec 22

Un rôle important et des pouvoirs suffisants 22

Une réalité et un laisser-aller inquiétants 23

Efforts de sensibilisation louables mais insuffisants 23

Pratiques illégales non sanctionnées 24

4.2 Collège des médecins du Québec 24

4.3 Réactions gouvernementales 26
2007 – Rapport du Comité de travail sur les frais accessoires 26
2008 – Rapport Castonguay 27
2010 – Rapport de la RAMQ 27
2013 – Positions et engagements récents 28

5) Impacts sur les patients 29

5.1 Un accès inéquitable 29

5.2 Patients pris en otage 29

5.3 Patients mal informés 30

5.4 Processus de plainte complexe 30

6) Impacts sur la pratique médicale 31

Médecins placés en conflit d'intérêts : marchandisation 31

7) Solutions 33

8) Revendications 36

CONCLUSION 38

Annexe I : Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, services qui ne sont pas considérés comme assurés 39

Annexe IIa : Grille tarifaire de la FMOQ 43

Annexe IIb : Grille tarifaire de l'AMOM 44

Annexe IIc : Grille tarifaire de la FMSQ 45

Annexe IId : Grille tarifaire de l'AMPQ 46

Annexe III : Grilles tarifaires comparées incluant loi, ententes et positions MQRP 47

Annexe IV : Tableau enquêtes RAMQ depuis 2011 50

Annexe V : Rappel de la RAMQ à propos de la facturation des frais illégaux 54

Annexe VI : Lettre de MQRP au CMQ au sujet du rapport du groupe de travail en éthique clinique sur les frais facturés aux patientS 56

Annexe VII : Réponse du CMQ à MQRP au sujet des frais facturés aux patients 59

Annexe VIII : Réponse de MQRP aux changements proposés au Code de déontologie du CMQ 63

Annexe IX : Extraits pertinents du rapport Chicoine 67

INTRODUCTION

Les patients doivent payer de plus en plus souvent pour recevoir certains soins couverts par l'assurance maladie, en particulier dans les cabinets de médecins. Pourtant, les *règles* sont claires et ce, depuis le tout début de notre régime public. Elles tiennent en une seule phrase : tout ce qui est médicalement nécessaire doit être accessible gratuitement pour le patient. En effet, notre système public doit couvrir tous les coûts liés aux soins médicalement requis, peu importe où et par qui ils sont offerts. C'est le fondement même d'un régime efficace et équitable d'assurance maladie.

Pourtant, nos patients se font facturer de plus en plus de frais lors de visites médicales, pour de nombreux services, bien au-delà des rares exceptions permises par la loi. Vulnérables face aux difficultés d'accès et à la complexité du système, ils ne sont pas en bonne position pour refuser de payer des sommes souvent élevées. Compromettre ainsi l'accès aux soins en érigeant des barrières tarifaires conduit au développement sournois d'un système de santé à deux vitesses. C'est une situation inacceptable qui doit être dénoncée.

Il est devenu routinier d'entendre des médecins demander à leurs patients s'ils disposent d'une assurance privée. Auparavant surtout utiles pour défrayer les coûts des services hors établissement de divers professionnels de la santé (physiothérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, orthophonistes, soins et transports pré hospitaliers, pour n'en nommer que quelques-uns), elles prennent une place de plus en plus considérable dans l'accès aux soins. Le flou entourant l'application de la loi sur les frais facturés aux patients a ouvert un nouveau marché pour les assurances collectives privées qui remboursent les frais de prélèvements, de médicaments utilisés en cabinet, de rédaction de formulaires et d'autres services médicaux. Les frais illégaux régulièrement facturés au vu et au su des autorités censées appliquer les lois en vigueur constituent pour les cliniques autant de façons d'obtenir une rémunération supplémentaire, non prévue dans les ententes, qui ont pourtant été négociées et acceptées par des fédérations médicales détenant un fort pouvoir politique. Les fédérations réclament pour leurs membres la permission d'imposer légalement des frais accessoires aux patients, se plaignant notamment que les médecins ne reçoivent pas un financement suffisant pour couvrir leurs coûts (en gestion, équipement des cabinets et rémunération du personnel) et justifient ainsi les frais imposés.

Plusieurs de nos membres nous l'ont confié : à cause du manque de financement des cliniques externes et de la difficulté d'accès à des plateaux techniques, de plus en plus de médecins se retrouvent forcés à fournir des services en cabinet privé plutôt qu'en établissement, parfois à perte, situation utilisée pour « justifier » en retour les frais exigés. Mais quelle que soit la réalité de cette affirmation, les patients ne devraient pas en faire les frais. Dans ce rapport, nous expliquerons d'abord le contexte légal encadrant les frais imposés aux patients et la nature des frais demandés, liés notamment à de nouveaux modèles d'affaires et à l'arrivée de l'interdisciplinarité en première ligne. Nous explorerons par ailleurs l'impact de ces frais sur les patients, les soins, la profession médicale, puis les réactions des autorités. Nous proposerons ensuite des solutions qui devraient permettre de contrer l'augmentation des frais payés par

les patients. Enfin, nous détaillerons nos revendications adressées au ministère de la Santé et des Services sociaux, aux fédérations médicales et au Collège des médecins du Québec.

1) Le cadre légal et les ententes

Afin de bien comprendre le problème des frais facturés aux patients pour des soins médicalement requis, il importe de connaître d'abord les lois et règlements encadrant notre système de santé, l'assurance maladie publique et la facturation des services non assurés.

1.1 Loi canadienne sur la santé

La *Loi canadienne sur la santé* (LCS) établit des critères auxquels les provinces doivent se conformer pour recevoir les pleins transferts fédéraux en matière de santé. Les principes à la base de la LCS doivent guider *tous* les systèmes de santé provinciaux.

En pratique, il en est bien autrement.

Le Québec contrevient en effet depuis longtemps et de plusieurs façons à la plupart de ces principes, sans pour autant que le gouvernement fédéral ne réagisse[1]. En matière de frais accessoires, les principes d'intégralité et d'accessibilité sont déterminants.

- L'*intégralité* suppose principalement qu'au titre du régime provincial d'assurance maladie, tous les services de santé médicalement nécessaires fournis par les hôpitaux et les médecins soient assurés.
- L'*accessibilité* suppose que le régime provincial d'assurance maladie offre ces services selon des modalités uniformes.

La LCS prévoit que la contribution financière fédérale est conditionnelle à l'interdiction par la province de la surfacturation, ainsi définie : « facturation de la prestation à un assuré par un médecin ou un dentiste d'un service de santé assuré, en excédent par rapport au montant payé ou à payer pour la prestation de ce service au titre du régime provincial d'assurance-santé. » Pour être conforme à la LCS, le système public de santé du Québec devrait donc interdire toute forme de frais aux patients dans le cadre de la prestation de services *médicalement nécessaires*[2], pourtant une pratique courante.

1.2 Loi sur l'assurance hospitalisation et Loi sur l'assurance maladie

La *Loi sur l'assurance hospitalisation* (LAH) et la *Loi sur l'assurance maladie* (LAM), respectivement adoptées par l'Assemblée nationale du Québec en 1960 et en 1970, ont instauré des régimes d'assurance permettant d'offrir des soins de santé gratuits à tous les résidents du Québec. Cette avancée médicale et sociale remarquable a contribué à une amélioration sans précédent de l'accès aux soins.

[1] C'est une non-intervention coupable, qui va de pair avec le désengagement progressif de l'État fédéral du domaine social.

[2] Médicalement nécessaire: « relié à un processus de guérison ou de prévention de la maladie » (*Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie,* LRQ, c A-29, r. 5, art 22).

C'est la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) qui rémunère les médecins pour les services rendus aux assurés : « Un professionnel de la santé soumis à l'application d'une entente a droit d'être rémunéré par la Régie pour un service assuré qu'il a lui-même fourni à une personne assurée qui a présenté sa carte d'assurance maladie ou son carnet de réclamation. »[3] Les hôpitaux sont pour leur part soumis au financement public du ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS).

Les lois prévoient que les coûts de tous les services requis du point de vue médical sont couverts soit par le MSSS soit par la RAMQ. La surfacturation est interdite dans ces deux cas. La LAH et la LAM confirment donc en théorie les principes *d'intégralité* et *d'accessibilité* de la LCS en couvrant tous les soins et services médicalement requis dispensés par les hôpitaux et les médecins au Québec.

Afin d'assurer l'intégralité de la couverture et l'équité d'accès, la loi prévoit également que les médecins participants ne peuvent facturer au-delà de ce qu'ils reçoivent de la RAMQ pour un service assuré : « Un professionnel de la santé soumis à l'application d'une entente ne peut exiger ni recevoir, pour un service assuré, que la rémunération prévue à l'entente et à laquelle il a droit. »[4]

La loi interdit également aux médecins participants de recevoir tout paiement non explicitement prévu par entente, même s'il s'agit de frais collatéraux et non du coût direct du service rendu: « Il est interdit à toute personne d'exiger ou de recevoir tout paiement d'une personne assurée pour un service, une fourniture ou des frais accessoires à un service assuré rendu par un professionnel soumis à l'application d'une entente [...] sauf dans les cas prescrits ou prévus dans une entente et aux conditions qui y sont mentionnées. »[5]

La disposition précédente est sans équivoque : dans le cadre d'une prestation de services assurés, toute facturation directe au patient non explicitement permise par entente ou par règlement est interdite. Point à la ligne.

1.3 Les « frais de cabinet » et la « composante technique »

Une dimension importante de la rémunération en cabinet des médecins participants sont les frais de cabinet, méconnus du grand public, appelés dans le jargon du MSSS et des fédérations la « composante technique ». En effet, les médecins facturant un acte assuré obtiennent en cabinet une rémunération supplémentaire, de l'ordre de 20 à 70 % (selon les sources consultées) pour la plupart des actes dispensés par les omnipraticiens et bon nombre de spécialistes, afin de compenser pour les frais de la pratique en bureau. Ceci permet, par exemple, de couvrir les coûts du loyer et du secrétariat. En établissement, ces dépenses sont plutôt assumées par l'administration.

Il est difficile d'établir avec précision l'ampleur de cette rémunération supplémentaire, qui varie d'acte en acte et de spécialité en spécialité. Il paraît d'ailleurs assez peu logique que ces frais soient liés à la

[3] Loi sur l'assurance maladie, LRQ, c A-29, art 22.
[4] *Ibid.*
[5] *Ibid.*

rémunération à l'acte du médecin, alors que la plupart des frais de gestion et d'immobilisation sont fixes, tout comme les frais d'achat d'équipement.

Cette rémunération visait initialement à permettre une couverture intégrale des soins médicalement requis en cabinet. Avec les années et le virage ambulatoire, de plus en plus d'actes requérant un équipement coûteux ou un plateau technique important ont migré vers les cabinets, remettant en question le calcul de la composante technique prévue à l'époque où ces actes n'avaient lieu qu'en hôpital.

De plus, les fédérations médicales proposent maintenant des « grilles tarifaires » [6]pour la facturation de frais aux patients, allant de frais accessoires légaux mais à tarifs souvent exagérés, jusqu'à des frais qui apparaissent illégaux. Peut-être s'agissait-il au départ de baliser ces pratiques, mais on semble dorénavant inciter les médecins et les cliniques à facturer davantage de frais aux patients, sous prétexte de couvrir leurs coûts opérationnels.

Cette pratique est non seulement contraire aux principes d'un système public intégral et universel, mais parfois aussi aux lois applicables, notamment en ce qu'elle déroge dans plusieurs cas à l'interdiction de la surfacturation. Dans ces cas, elle contredit aussi les ententes conclues *de plein gré* entre les fédérations médicales et le gouvernement, qui constituent en théorie la *totalité* de l'entente.

[6] Voir annexes II et III

2) Les frais facturés aux patients : comment s'y retrouver?

«En septembre 2011, le pédiatre des trois enfants de Johanne a pris sa retraite. Les dossiers des trois enfants ont alors été transférés à un autre pédiatre de la même clinique. Lors de la première visite, le secrétaire a exigé 25 $ pour le transfert des dossiers de chacun des enfants, un montant totalisant 75 $. Johanne a refusé et a insisté pour que les dossiers lui soient remis immédiatement. Au cours de cette discussion avec le secrétaire, un autre pédiatre de la clinique est intervenu, mentionnant qu'il pourrait suivre les trois enfants sans charger de frais pour le transfert des dossiers. Or, suivant une logique très questionnable, la RAMQ considère que le transfert de dossier n'est pas un acte de gestion et que, par conséquent, les frais qui y sont associés doivent être assumés par les patients et les patientes. »[7]

2.1 Les frais facturables selon la loi et les ententes

La liste des frais facturables au patient dans le respect de la loi et des ententes est assez courte :

« Des frais peuvent être exigés seulement :

- par un médecin non participant ou;
- pour des services non assurés ou non considérés assurés ou;
- à titre de compensation pour les seuls frais accessoires prévus aux ententes. »[8]

L'article 22 du *Règlement d'application de la LAM*[9] (voir annexe I) liste les services explicitement exclus de la couverture publique, donc non assurés, et notamment ceux-ci :

- Les « services fournis par correspondance et télécommunication », par exemple les consultations par téléphone et le renouvellement d'ordonnance par ce moyen.
- Toute visite dans le seul but d'obtenir un renouvellement d'ordonnance.
- Certains actes d'imagerie lorsque pratiqués hors établissement.

En ce qui concerne les frais accessoires pour la prestation de services assurés (donc médicalement requis), les seuls frais exigibles par un médecin selon l'entente en vigueur sont le coût des médicaments,

[7] Témoignage recueilli par le comité lutte en santé de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles (Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. « Les frais illégaux et abusifs en santé : une faille importante de notre système public de santé et de services sociaux. », publié le 13 décembre 2012, récupéré de http ://ccpsc.qc.ca/frais)

[8] Régie de l'assurance maladie du Québec. (2010). *Infolettre 199. Rappel à propos de la facturation de frais illégaux.* Repéré à http ://www.ramq.gouv.qc.ca/sitecollectiondocuments/professionnels/infolettres/2010/info199-0.pdf

[9] *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*, LRQ, c A-29, r. 5, art 22

des agents anesthésiques administrés, de même que ceux de stérilet, du matériel pour plâtre, de l'attelle et du « taping »[10].

De plus, les manuels de facturation précisent que le médecin peut obtenir compensation auprès du patient pour la rédaction d'un formulaire médical[11], sauf dans certaines exceptions[12], par exemple les formulaires de CSST[13]. Le médecin peut donc facturer directement au patient pour une attestation de présence et un congé maladie, pour la rédaction et la transmission d'un résumé de dossier.

Ces dispositions, en conformité textuelle avec l'alinéa de la LAM déjà cité, ne respectent toutefois pas l'*esprit* de cette loi, qui garantit l'intégralité de la couverture pour des services médicalement requis; les médicaments, plâtres ou les agents anesthésiques étant utilisés dans le contexte d'un service médicalement requis, leur coût devrait donc en principe être couvert en cabinet, comme il l'est dans les hôpitaux. De même, si une consultation téléphonique, une visite pour renouveler une ordonnance, un certificat d'arrêt maladie *et un résumé ou une transmission de dossier* sont médicalement nécessaires, pourquoi seraient-ils à la charge du patient ? Ils devraient être couverts par la RAMQ ou encore considérés comme inclus dans la rémunération actuelle du médecin.

Une autre aberration provient des frais demandés pour remplir un **formulaire de demande de médicaments dits « d'exception »** : un article de la *Loi sur l'assurance médicaments* mentionne clairement qu'il est interdit d'exiger des frais pour compléter ce formulaire. Cependant, cet article n'est pas en vigueur[14], pour une raison non précisée. Bien qu'adopté par la législature, il y a plus de 8 ans que le gouvernement tarde à le mettre en œuvre.

Il est intéressant de noter que **la tarification pour ces services non assurés n'est pas régulée et demeure à la discrétion du médecin**. L'article 104 du *Code de déontologie des médecins* rappelle que « le médecin ne doit réclamer que des honoraires qui sont justifiés par la nature et les circonstances des services professionnels rendus ». Pourtant, il est troublant de constater que les prix suggérés varient beaucoup selon les fédérations et les associations médicales (voir annexes II[15]).

Malgré la définition officielle stricte des frais accessoires légalement facturables aux patients (agents anesthésiques, médicaments, stérilets, attelles et plâtres), une myriade de frais différents sont exigés des patients : frais administratifs, frais pour bilans de santé, forfaits d'adhésion, forfaits pour accès privilégié,

[10] Régie de l'assurance maladie du Québec (2006), *Manuel des médecins omnipraticiens (no 100)*, c 7, règle 1.1.4. Régie de l'assurance maladie du Québec (2006), *Manuel des médecins spécialistes (no 150)*, c 8, règle 2.1.

[11] Régie de l'assurance maladie du Québec (2006), *Manuel des médecins omnipraticiens (no 100)*, c 7, règle 1.1.4.

[12] Régie de l'assurance maladie du Québec. (2011). *Infolettre 031. Frais accessoires – Formulaires médicaux identifiés à l'annexe XI de l'Entente.* Repéré à http://www.ramq.gouv.qc.ca/sitecollectiondocuments/professionnels/infolettres/2011/papillon_frais_accessoires.pdf

[13] Régie de l'assurance maladie du Québec (2006), *Manuel des médecins omnipraticiens (no 100),* onglet B, sections b-22 à b-30.

[14] *Loi sur l'assurance médicaments*, LRQ, c A-29, art 60.4

[15] Annexe II : Grilles tarifaires de la FMOQ, l'AMOM, la FMSQ et l'AMPQ

frais exorbitants pour services dits non assurés, forfaits pour services non assurés, etc. C'est la multiplication de ces frais additionnels qui finit par rendre acceptable et « normale » aux yeux des patients l'idée de payer un forfait annuel pour les couvrir, alors que cette pratique est pourtant spécifiquement proscrite par la loi.

2.2 Forfaits annuels pour frais « non assurés »

« Rencontre avec le psychiatre 500 $. Il s'agit d'un forfait administratif valide pour un an à partir de la date de l'évaluation et qui couvre un ensemble d'actes non assurés par la RAMQ en bureau privé (c'est-à-dire la consultation de votre dossier incluant tous les documents envoyés, les notes des évaluatrices, les grilles et les discussions avec l'équipe). On inclut deux représcriptions à la pharmacie et un des documents suivants : (soit un court certificat d'attestation médicale, soit le formulaire de médicament/patient d'exception, soit une brève lettre pour mesures adaptatives, formulaire de déficiences fonctionnelles majeures). Les formulaires plus complexes, tels que ceux pour le gouvernement ou les assurances sont facturés en fonction de la grille de tarif de l'Association des Médecins Psychiatres du Québec (AMPQ). La carte d'assurance maladie couvre seulement la consultation et la rencontre avec l'accompagnateur. »[16]

Le forfait mentionné dans cet exemple correspond à un montant annuel facturé au patient pour des services non assurés dont il *pourrait* avoir besoin, quel que soit leur nombre ou leur valeur. Dans certaines cliniques, il inclut la complétion des formulaires, les frais accessoires liés aux médicaments et aux appareils, le renouvellement d'ordonnance et les consultations téléphoniques.

Pourtant, lorsqu'un médecin souhaite facturer des frais accessoires et des fournitures spécifiquement permis par entente ou bien des services non assurés, il doit obligatoirement afficher les tarifs à la vue des patients et s'en tenir à ces tarifs affichés. C'est la loi. De plus, une facture détaillée doit être remise au patient, qui « doit indiquer le tarif réclamé pour chacun des services, fournitures et frais accessoires et pour chacun des services médicaux non assurés ou non considérés comme assurés. »[17] Il est donc illégal de facturer des « forfaits annuels », puisque lors du paiement, les services exacts n'auront pas encore été rendus (et ne le seront peut-être jamais) : leur nombre demeure inconnu et par conséquent une facture détaillée ne peut donc être produite conformément à la loi.

De plus, la notion de « services non assurés » est parfois interprétée plus largement que les balises de la loi et des ententes ne le permettent. On choisit par exemple d'y inclure l'accès à des plages horaires réservées, des frais d'ouverture de dossier ou de transport d'échantillons. Dans certains cas, l'accès aux services offerts par des médecins participants est conditionnel au paiement d'un forfait annuel pour frais

[16] http ://www.cliniquetdah.com/les-couts

[17] *Loi sur l'assurance maladie*, LRQ, c A-29, art 22

non assurés, comme l'a révélé une inspection par la RAMQ de la clinique Rockland MD[18], où les patients devaient défrayer les coûts d'un « Forfait Santé » pour se faire opérer par des médecins participants.

Dans ce cas, le forfait, pourtant présenté comme couvrant des frais non assurés, semblait plutôt couvrir des frais pour services ou fournitures médicalement nécessaires :

« [Ces frais] consistent principalement en des frais préopératoires et postopératoires liés à une chirurgie assurée (ex. : frais d'ouverture de dossier, frais pour le questionnaire préopératoire par l'infirmière, frais d'accompagnement à la chirurgie par une infirmière, services d'enseignement et d'information, suivi téléphonique postopératoire, etc.) et en fournitures accessoires à un service assuré (ex. : anneau gastrique). Ces frais ne peuvent être facturés car ils ne font pas partie des frais accessoires prescrits ou prévus dans une entente qui peuvent, en vertu de l'alinéa cité au paragraphe précédent, être facturés aux personnes assurées. »[19]

La FMOQ et la FMSQ contestent l'illégalité même de ces forfaits annuels pour services non assurés. Le président de la FMOQ a par exemple envoyé le message suivant à ses membres : « La FMOQ ne partage pas l'interprétation légale de la RAMQ dans ce dossier. Qui plus est, la Fédération estime que cette décision va à l'encontre de l'intérêt des médecins et de leurs patients. La Fédération entend donc, de concert avec la FMSQ, contester cette décision en prenant les mesures les plus appropriées dans les circonstances. La FMOQ n'a donc pas l'intention de retirer l'élément « forfait annuel » de sa grille de tarifs pour des services non assurés. »[20]

Même le Collège des médecins du Québec mentionne, dans un communiqué[21] subséquent à la décision de la RAMQ, que « Le *Code de déontologie* ne s'oppose pas à la possibilité, pour un médecin, de facturer à son patient un forfait annuel pour des services non assurés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) [...] » et va jusqu'à proposer des modifications au *Code de déontologie des médecins* afin de permettre explicitement la facturation de forfaits annuels pourtant illégaux.[22]

Ces forfaits annuels, bien qu'ils ne soient pas toujours présentés comme requis pour accéder au médecin, représentent tout de même une barrière financière importante et peuvent ainsi constituer un frein à l'accessibilité.

---

[18] Régie de l'assurance maladie du Québec. (2012). *Enquête de la Régie de l'assurance maladie du Québec sur le Centre de chirurgie et de médecine Rockland inc.* Repéré à http ://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/citoyens/fr/rapports/rappenq-rockland-fr.pdf

[19] *Ibid*

[20] Godin, Louis. (2008). *Décision de la RAMQ relativement à l'adhésion à des forfaits annuels couvrant la fourniture des services non assurés par la RAMQ.* Repéré à http ://www.fmoq.org/fr/union/president/letters/members/Lists/Billets/Post.aspx?ID=2

[21] Collège des médecins du Québec. (2008). *Est-il possible pour un médecin de proposer un forfait annuel à sa clientèle*? Repéré à http ://www.cmq.org/~/media/Files/BInfo/Binfo5.pdf

[22] Collège des médecins du Québec. (2013). *Avis aux membres. Règlement modifiant le Code de déontologie des médecins.* Repéré à http ://www.cmq.org/fr/medias/profil/commun/AProposOrdre/~/media/Files/ReglementsFR/CMQ-CodeDeonto-Projet2013-DEF.pdf?51321

2.3 Surfacturation illégale de frais accessoires pour les médicaments et agents anesthésiques

« Il y a quelques années, Gabriel a eu rendez-vous avec un spécialiste en ophtalmologie qui lui a facturé 40 $ pour lui administrer des gouttes nécessaires à un examen de la vue. Ayant trouvé ce montant exorbitant, Gabriel est allé consulter un pharmacien au sujet du coût des gouttes. Selon le pharmacien, il s'agissait d'un produit qui ne coûtait pas plus d'un dollar. L'ophtalmologue a donc facturé 40 fois le coût réel. Afin de s'opposer à ces frais abusifs, Gabriel a écrit une lettre à la RAMQ, qui l'a référé au Collège des médecins. Plusieurs mois plus tard, Gabriel reçoit un chèque de 20 $ de la part de l'ophtalmologiste, sans aucune autre explication. »[23]

Les ententes prévoient que le médecin pratiquant en cabinet peut obtenir une compensation pour les éléments spécifiques déjà mentionnés. Pourtant, on assiste à une facturation de frais disproportionnés par rapport à leur valeur réelle.

De nombreux exemples ont été cités ces dernières années : des gouttes pour les yeux facturées à plus de 20 fois leur coût, des stérilets vendus à 5 fois le prix d'achat en pharmacie, etc. Une illustration évidente provient d'un article paru dans *Le Devoir*[24], qui fait mention d'une patiente qui a dû débourser 515 $ pour une coloscopie faite par un médecin participant dans son bureau privé. La facture détaillée précise que 170 $ ont été exigés pour du Fentanyl (dont le coût en pharmacie serait de l'ordre de 30 $) et 270 $ pour du Midazolam (coût en pharmacie de l'ordre de 4 $). On a aussi facturé à la patiente 25 $ de solution saline stérile, 25 $ d'oxygène et 25 $ de gelée lubrifiante.

Il est important de souligner que chacun est tenu au Québec de posséder une assurance médicaments (privée, si son employeur en offre une, sinon publique, et alors administrée par la RAMQ) qui rembourse les médicaments sous ordonnance. Dans ce contexte, il est étonnant que les médicaments employés lors des visites en cabinet ne soient pas d'ores et déjà remboursés par ces assurances. La *Loi sur l'assurance médicaments* est pourtant claire : « Le régime général a pour objet d'assurer à l'ensemble de la population du Québec un accès raisonnable et équitable aux médicaments requis par l'état de santé des personnes. »[25]

[23] Témoignage recueilli par le comité lutte en santé de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles (Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. « Les frais illégaux et abusifs en santé : une faille importante de notre système public de santé et de services sociaux. », publié le 13 décembre 2012, récupéré de http ://ccpsc.qc.ca/frais)

[24] Daoust-Boisvert, Amélie. « Frais accessoires croissants en clinique privée. » *Le Devoir*, publié le 24 novembre 2011, récupéré de http ://www.ledevoir.com/societe/sante/336821/frais-accessoires-croissants-en-clinique-privee

[25] *Loi sur l'assurance médicaments*, LRQ, c A-29, art 2

2.4 Frais administratifs illégaux

Certains frais sont exigés par les médecins et suggérés par les fédérations (voir annexe III « Grilles tarifaires comparées incluant loi, ententes et positions MQRP »), sous le couvert d'une contribution aux frais de gestion de cabinets. On propose ainsi des frais d'ouverture de dossier, de photocopies, pour entreposage des vaccins, etc. L'Association des médecins omnipraticiens de Montréal et la FMSQ vont même jusqu'à inclure des tarifs pour le personnel administratif et de soutien. Pourtant, tous ces frais administratifs sont accessoires à des services médicalement nécessaires et non explicitement exclus ni dans la LAM, ni dans son règlement d'application, ni même dans les ententes. De plus, ils sont compris dans portion de la rémunération du médecin dédiée aux frais de cabinet. Ils apparaissent donc illégaux, tel que le rappelle la RAMQ[26].

Il n'est par exemple pas rare que des cliniques pédiatriques demandent de 15 $ à 30 $ par vaccin de routine, pourtant fourni gratuitement aux cliniques par les départements de santé publique, en prétextant des frais d'entreposage et de matériel. Plusieurs parents acceptent de payer. Cette pratique est faussement légitimée par le fait que certaines assurances privées remboursent ces frais et que les « grilles tarifaires » des fédérations suggèrent des prix « à titre indicatif » à cet égard.

2.5 Frais pour accéder au médecin

Frais pour obtenir un rendez-vous

Plusieurs cliniques profitent de la vague d'intérêt pour l'accès adapté (obtention de rendez-vous le jour même) en exigeant des sommes aux patients pour obtenir un accès au médecin en dehors des heures d'ouverture habituelles ou pour un accès privilégié au sans rendez-vous[27]. Or, bien que l'accès adapté soit une idée certainement pertinente, demander de l'argent en échange d'un rendez-vous rapide est contraire à la loi.

Formules VIP et frais d'adhésion

L'accès privilégié obtenu en payant un montant d'argent est jugé problématique pour le CMQ[28] et illégal pour la RAMQ[29]. Le nombre de forfaits qui annoncent explicitement un tel accès privilégié a donc probablement diminué. Mais le phénomène ressurgit sous d'autres formes : par exemple, ces formules

---

[26] Régie de l'assurance maladie du Québec. (2012). *Frais facturés par un médecin.* Repéré à http ://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/soins/Pages/frais-facture-medecin.aspx

[27] Bonjour-santé, par exemple, facture 15 $ au patient qui veut se réserver une place dans un sans rendez-vous à une heure fixée d'avance. Il n'est pas clair si toutes les places du sans rendez-vous d'une clinique peuvent être comblées par Bonjour-santé, ce qui équivaudrait à imposer des frais pour voir un médecin puisque ceux qui ne passent pas par ce système risquent d'être refusés si la capacité est atteinte avec les patients « payant ».

[28] Décision du comité de discipline du CMQ contre Raynald Rioux et Med Sync Inc, 15 novembre 2011repéré à http://www.jugements.qc.ca/php/decision.php.

[29] Régie de l'assurance maladie du Québec. (2007). *Rapport d'enquête. Clinique médicale Châteauguay.* Repéré à http ://www.ramq.gouv.qc.ca/sitecollectiondocuments/citoyens/fr/rapports/rappenq-chateauguay-fr.pdf

membership qui confèrent de tels avantages, les frais d'adhésion garantissant un accès privilégié à des communications par courriel et par téléphone ou un accès prioritaire à des services de sans rendez-vous.

Ainsi, un rapport d'enquête de la RAMQ sur la clinique Plexo Médi-club[30] décrit le forfait de 850 $ à 1450 $ proposé au patient en échange d'« un bilan de santé approfondi en fonction de l'âge du patient, des résultats de laboratoire en temps réel, un suivi médical individualisé et une continuité des soins dans le temps. Une ligne 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 est aussi à la disposition des membres en tout temps (soutien infirmier) »[31]. La prise en charge pour l'année est garantie par un omnipraticien et des médecins spécialistes si nécessaire, mais sans continuité après la fin de l'abonnement annuel. Des plages horaires sont aussi réservées aux patients membres pour un accès privilégié, de même qu'un médecin de garde pour consultations téléphoniques.

Ces services, bien que rendus par des médecins participants à la RAMQ et pour des services assurés, sont facturés directement aux patients et les médecins payés par la clinique, ce qui est jugé illégal par la RAMQ. La clinique s'en défend en prétendant que « le bilan de santé préventif et les autres services offerts dans le cadre de cette formule sont des services non assurés par la Régie »[32]. Le rapport d'enquête de la Régie ne répond pas directement à cet argument (qui apparaît contestable), mais mentionne tout de même à plusieurs reprises que « certains » des services rendus étaient médicalement nécessaires.

Il est à noter que les soins de prévention font bien partie des activités cliniques habituelles des médecins de première ligne, que les manuels de facturation des omnipraticiens et des spécialistes contiennent des codes de facturation pour des activés de prévention et de promotion de la santé et que le *Règlement d'application de la LAM* prévoit la couverture des soins de santé préventifs. Le médecin ne peut donc facturer le patient pour ces services couverts par le régime public.

Bilan payant pour voir un médecin

Dans la même veine, des cliniques exploitent un modèle d'affaires où le patient doit d'abord payer pour un « bilan de santé », qui inclut plusieurs tests et investigations, en échange d'une garantie d'accès à un suivi médical. Le patient achète donc l'accès à un médecin omnipraticien au prix d'un bilan médical souvent peu pertinent. De plus, les prix du bilan sont parfois artificiellement augmentés pour être remboursés intégralement plutôt qu'à 80 % par les régimes d'assurance collective[33].

---

[30] Régie de l'assurance maladie du Québec. (2013). *Enquête de la Régie de l'assurance maladie du Québec sur la clinique médicale Plexo Mediclub.* Repéré à http ://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/citoyens/fr/rapports/rappenq-clinique-medicale-plexo-mediclub-jan-2013-fr.pdf

[31] *Ibid*

[32] *Ibid*

[33] Prémont, Marie-Claude. (2011). Les paiements de patients pour des soins payés par les fonds publics. *Revue Vie Économique*, 3 (1), p. 11

Un rapport de la RAMQ présente par exemple le cas de la Clinique Globale Santé Express de Blainville[34] où les patients optant pour un « bilan de santé à un coût de 371 $ auraient accès en deux semaines à un médecin alors que les autres personnes seraient inscrites sur une liste d'attente. Le coût du bilan de santé inclut une prise de sang, une analyse d'urine et un électrocardiogramme [...] ». Le bilan devait être effectué au laboratoire privé associé à la clinique médicale.

Une autre enquête[35] décrit un modèle où la Clinique médicale Châteauguay offre un bilan de santé moins cher, sans frais d'adhésion, mais sans garantie de suivi : le bilan est effectué dans un laboratoire privé associé à la clinique et le médecin qui en expose les résultats est participant, donc payé par la RAMQ. Les patients rencontrent un assistant clinique ou une infirmière qui détermine les prélèvements et tests « nécessaires » au bilan de santé; après avoir complété les tests, les patients sont reçus par un omnipraticien qui leur expose les résultats et s'assure qu'un médecin effectue une prise en charge s'il y a un problème aigu ou chronique. Il peut alors référer les patients à des médecins spécialistes (dans plusieurs cas, des corridors de services prioritaires sont établis, ce qui est probablement illégal), permettant ainsi un accès privilégié à ceux qui ont payé pour le bilan. Un autre effet néfaste d'une telle approche est la surutilisation conséquente de références aux spécialistes alors que plusieurs problèmes pourraient être pris en charge par des omnipraticiens. Sans parler des tests eux-mêmes, qui sont probablement peu pertinents dans bien des cas. Si les patients ont la possibilité de faire un tel bilan prescrit par ces cliniques dans le système public, la RAMQ considère qu'elles ne contreviennent pas à la loi. Il est toutefois difficile de savoir si les patients sont bien informés de cette possibilité ou s'ils sont simplement envoyés dans le laboratoire privé, présenté comme la seule option.

Dans d'autres cliniques, l'accès à des services couverts par l'assurance maladie dépend en réalité du paiement pour des services non couverts. Ainsi, une clinique spécialisée en cancer du sein demande des frais de 285 $ pour un bilan comprenant l'évaluation du risque génétique, une mammographie et d'autres tests et évaluations dont la pertinence est questionnable (évaluation en kinésiologie, nutrition, généticien, même en l'absence de facteurs de risque génétiques). Or, il ne semble pas être possible d'avoir accès aux services couverts et essentiels (mammographie, biopsie, consultation avec le chirurgien ou l'oncologue) sans payer pour ce bilan.

La RAMQ a pourtant clairement décidé dans plusieurs de ses enquêtes[36] que « le paiement d'un montant pour un bilan de santé ne doit en aucun temps constituer une condition préalable pour accéder aux services d'un médecin ».

---

[34] Régie de l'assurance maladie du Québec. (2012). *Enquête de la Régie de l'assurance maladie du Québec sur la Clinique Globale Santé Express de Blainville.* Repéré à http ://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/citoyens/fr/rapports/rappenq-clinique-blainville-fr.pdf

[35] Régie de l'assurance maladie du Québec. (2007). *Rapport d'enquête. Clinique médicale Châteauguay. Ibid.*

[36] Enquêtes précédemment citées :*Clinique Globale Santé Express de Blainville(2012) ,Clinique médicale Plexo Mediclub(2013) ainsi que* RAMQ. (2012). *Enquête de la Régie de l'assurance maladie du Québec sur le Centre de chirurgie et de médecine Rockland inc.* Repéré à http ://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/citoyens/fr/rapports/rappenq-rockland-fr.pdf

2.6 Coopératives de santé

Un modèle semblable est celui des coopératives, utilisé en régions rurales, où les patients achètent un certain nombre de parts sociales et paient une cotisation annuelle pour accéder à un médecin. Souvent, ces cliniques « attirent » les médecins en région avec un loyer bas et une promesse de frais de fonctionnement minimaux, puisque les coûts sont absorbés par les cotisations des patients. Le rapport de la RAMQ[37] décrit ainsi le modèle d'affaires :

« Le modèle d'affaires de ces coopératives est relativement similaire. Les personnes assurées doivent obligatoirement débourser, pour être membre de leur coopérative, un montant initial pour des parts sociales et payer une cotisation annuelle par la suite. (…) Selon le témoignage de la majorité des personnes assurées questionnées, il ressort que les personnes perçoivent : que l'adhésion à la coopérative est obligatoire pour voir un médecin ou continuer d'avoir accès à un médecin de famille, que le principal avantage d'être membre de la coopérative est d'obtenir un rendez-vous plus rapide pour voir un médecin. Cette cotisation annuelle peut aussi permettre aux membres de bénéficier d'un forfait leur donnant la possibilité d'obtenir d'éventuels services médicaux non assurés sans frais additionnels ou à moindre coût. »

Encore une fois, la notion d'accès privilégié au médecin contre paiement est au cœur du problème. Selon la RAMQ, le paiement de parts sociales pour « financement de la clinique » n'est pas illégal (ce qui est discutable), mais le paiement pour voir le médecin ou pour un accès privilégié l'est. Suite à ce rapport d'enquête, plusieurs coopératives ont indiqué que les frais sont une « contribution volontaire » ne garantissant pas un accès privilégié, mais il est encore une fois difficile d'évaluer si cette contribution est exempte de considérations d'accès. La notion de contribution « volontaire » laisse tout de même planer l'idée que l'accès au médecin dépend de cette contribution. Et qui sait comment l'« adhésion » à la coopérative est présentée au patient?

[37] Régie de l'assurance maladie du Québec. (2011). *Enquêtes de la Régie de l'assurance maladie du Québec sur des coopératives de santé.* Repéré à http ://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/citoyens/fr/rapports/rappenq-coop-fr.pdf

3) Autres professionnels de la santé et nouveaux modèles d'affaires

Au cours des dernières années, on assiste à une transformation rapide des approches et des pratiques cliniques. L'époque du médecin qui travaillait en cabinet solo est maintenant révolue, faisant place à une pratique multidisciplinaire puis interdisciplinaire. Du point de vue de la qualité des soins et de l'efficience du continuum de soins pour une population vieillissante qui présente de plus en plus de comorbidités et de maladies chroniques, on peut sans doute se réjouir de l'arrivée de l'interdisciplinarité en première ligne. Or, les ajustements nécessaires au sein du régime d'assurance maladie et des lois encadrant la pratique médicale n'ont pas suivi le rythme, ouvrant une autre porte à des frais accessoires abusifs.

3.1 Soins infirmiers en cabinet

De nombreux cabinets médicaux comptent maintenant au moins une infirmière avec qui le médecin partage les tâches cliniques. Les rôles de l'infirmière sont multiples et, avec l'arrivée des infirmières praticiennes spécialisées, de plus en plus diversifiés et complexes. Les infirmières sont par exemple souvent responsables d'effectuer un examen de base (signes vitaux, mesure du poids et de la taille) avant la rencontre avec le médecin; elles font également les prélèvements sanguins et urinaires et certains tests cliniques (électrocardiogramme, test de fonction pulmonaire, etc.), ainsi que des suivis et du counseling auprès de populations particulières (diabétiques, malades cardiovasculaires, patients avec problèmes psychiatriques, etc.). Ce partage des tâches semble logique et indiqué afin d'optimiser l'efficacité des suivis médicaux dans le contexte actuel de pénurie de médecins de famille.

Toutefois, on semble vouloir profiter de ce nouveau mode de pratique pour facturer de nouveaux frais inappropriés aux patients. En effet, les actes effectués par les infirmières, employées non couvertes par la LAM, contrairement aux médecins, sont dans certains cas facturés aux patients. Ainsi, une clinique spécialisée de Montréal demande à ses patients de prévoir des frais pour la consultation avec l'infirmière lors de leur rendez-vous, frais qui varient entre 30 $ et 200 $[38], pour des services qui seraient pourtant gratuits, car assurés par la RAMQ, s'ils étaient prodigués par le médecin plutôt que par l'infirmière ou s'ils étaient réalisés par une infirmière en CLSC ou à l'hôpital (ex. : dépistage ITSS, cytologie).

Sur le site internet d'une clinique similaire située dans la région nord de Montréal, on peut aussi lire :

« Notre concept met de l'avant des services médicaux publics dispensés par une équipe de médecins généralistes ainsi que des services privés dispensés par une équipe d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS). Le partenariat médecins-IPS est le facteur clé de succès de ce concept qui met de l'avant l'accessibilité des soins de santé publique via des médecins généralistes supportés par la RAMQ

[38] http ://www.cliniquea.ca/CliniqueArueMcGill_Rendez-vous.html

avec le désengorgement via les services d'IPS et leur prise en charge de pathologies mineures. [...] Nous offrons les services d'infirmières praticiennes spécialisées moyennant certains honoraires ».[39]

3.2 Prélèvements

Prenons l'exemple des prélèvements nécessaires aux épreuves de laboratoire, expliqué par le Dr Michel Desrosiers dans une édition récente de la revue *Le Médecin du Québec*[40]. Certains de ces prélèvements sont effectués par le médecin lui-même, d'autres par son personnel. L'entente de facturation avec la RAMQ prévoit des tarifs pour ces services lorsque c'est le médecin qui les effectue, on dit alors qu'ils sont accessoires au service assuré, et donc ils ne peuvent être facturés aux patients. Toutefois, aucune couverture publique n'est prévue lorsque le service est rendu par le personnel du médecin, exemple par une infirmière. Dans ce cas, la clinique peut théoriquement exiger des frais pour ce service, ce qui pourtant est contraire à l'esprit d'une couverture publique intégrale des soins médicalement nécessaires.

Ainsi, des cliniques pourraient abuser de cette nuance en augmentant la quantité de services rendus par leurs infirmières et donc les frais directs demandés aux patients pour des services qui demeurent médicalement nécessaires. Ce phénomène est probablement en croissance avec l'émergence depuis quelques années de nouveaux modèles d'affaires pour les cliniques de médecine familiale, qui misent souvent sur une consultation préalable avec une infirmière, avant la rencontre avec le médecin de famille :

« La technique d'hameçonnage pour un médecin de famille qui semble la plus fréquente repose sur l'offre d'un bilan de santé plus ou moins complet comme condition d'accès à un suivi médical garanti et rapide. […] Le patient rencontre d'abord une infirmière qui remplit les formulaires requis, fait les prélèvements et soumet le patient à certains tests. Comme ces tests ne sont pas prescrits par le médecin et ne sont pas médicalement nécessaires, ils sont réputés non assurés et peuvent donc être légalement facturés au patient. Une fois les résultats obtenus du laboratoire privé avec lequel la clinique fait affaire, le médecin de famille, payé par la RAMQ, rencontre le patient pour les lui divulguer. »[41]

3.3 Un risque déontologique

En plus de multiplier les frais accessoires que doivent assumer les patients pour des soins médicalement requis, ces pratiques soulèvent également des risques importants des points de vue déontologique, légal et éthique.

[39] http ://www.cliniqueetcompagnie.com/index.php?therapeutique=medical&clinique=soins_medicaux

[40] Desrosiers, Michel. (2012). Frais accessoires et services non assurés, la notion « d'accessoire ». *Le Médecin du Québec*, 47 (12), pp. 75-77.

[41] Prémont, Marie-Claude. (2011). Les paiements de patients pour des soins payés par les fonds publics. *Revue Vie Économique*, 3 (1), p. 8.

Les dispositions concernant les honoraires dans le *Code de déontologie des médecins* sont pourtant claires :

- Le médecin ne doit réclamer que des honoraires qui sont justifiés par la nature et les circonstances des services professionnels rendus (article 104).
- Le médecin doit s'abstenir de réclamer de quiconque des honoraires pour des activités professionnelles dont le coût a été ou doit être payé par un tiers (article 103).
- Le médecin doit s'abstenir de réclamer des honoraires pour des services professionnels non rendus (article 106).

Ainsi, un médecin participant qui facturerait la RAMQ pour des soins qu'il n'aurait pas lui-même donnés (ex. : un counseling sur les infections transmises sexuellement inclus dans l'entente RAMQ, mais qui est dans la réalité effectué par l'infirmière de la clinique) contreviendrait sans équivoque à la *Loi sur l'assurance maladie* et à l'article 106 du *Code de déontologie des médecins* cité précédemment. Si, en plus, des frais accessoires sont exigés du patient pour ce service rendu par l'infirmière, il s'agirait d'une double facturation, contrevenant ainsi également à l'article 104.

3.4 Contraire à l'esprit de la loi

Par ailleurs, que le service soit rendu par le médecin ou l'infirmière, il demeure « médicalement nécessaire ». Le système de santé québécois a été conçu pour que les soins médicalement requis soient entièrement couverts par le régime d'assurance maladie et ne fassent pas l'objet de frais supplémentaires. Faire payer le patient parce que la prestation de soins est faite par l'infirmière plutôt que par le médecin constitue une barrière à l'accès et donc une dérive importante de l'esprit de la couverture d'assurance maladie. Il faudrait plutôt offrir une véritable couverture publique des soins médicalement nécessaires, indépendamment du lieu où ils sont prodigués et du professionnel qui les dispense.Un tel modèle de pratique, où l'acte de l'infirmière privée est posésous la responsabilité du médecin rémunéré par la RAMQ, s'apparente à celui d'un médecin participant travaillant à la fois dans le public et le privé, ce qu'il fait en réalité, mais par l'entremise d'un tiers. La mixité de pratique pour les actes assurés est pourtant interdite aux médecins, justement pour protéger l'offre de service dans le système public.

4) Rôle des autorités

« Le Tribunal conclut que ce n'est pas la Loi sur l'assurance maladie *qui cause problème, mais plutôt son non-respect, non seulement toléré mais encouragé par le gouvernement et ce, pour des raisons économiques. »*[42]

4.1 Régie de l'assurance maladie du Québec

Un rôle important et des pouvoirs suffisants

La Régie a pour mandat « d'administrer et d'appliquer les programmes du régime d'assurance maladie institué par la *Loi sur l'assurance maladie* »[43]. Elle est le chien de garde de la *Loi sur l'assurance maladie*. Or, la LAM prévoit l'interdiction de facturer à une personne assurée pour un service ou des frais accessoires à un service assuré rendu par un médecin participant, sauf dans les quelques cas prévus aux ententes[44].

La Régie doit rembourser les assurés qui ont été facturés indûment, ce qui n'est fait que sur demande de l'assuré, qui a jusqu'à un an pour demander dans ces cas le remboursement pour des frais facturés illégalement par un médecin. La RAMQ examine alors les demandes et rembourse les sommes qu'elle estime avoir été injustement facturées. Elle réclame ensuite la somme au médecin ou à la clinique concernée[45].

Cependant, la RAMQ peut agir de manière plus incisive. En effet, elle peut (a) porter plainte devant un conseil d'arbitrage et recouvrer les sommes injustement facturées par un médecin pendant les 36 derniers mois[46], (b) mener des enquêtes de son propre chef[47] et (c) faire porter des plaintes pénales contre les professionnels de la santé qui ont facturé le patient pour des services assurés[48]. Le juge peut alors imposer des amendes de 1000 $ à 2000 $ pour une première infraction et de 2000 $ à 5000 $ en cas de récidive[49].

---

[42] Association pour l'accès à l'avortement c. Procureur général du Québec. Jugement sur le recours collectif concernant les interruptions volontaires de grossesse. (17 août 2006) no. 500-06-000158-028 (C.S.Qué)

[43] *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec*, LRQ, c R-5, art 2.

[44] *Loi sur l'assurance maladie*, LRQ, c A-29, art 22.

[45] Régie de l'assurance maladie du Québec. (2012). *Remboursement*. Repéré à http ://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/soins/Pages/remboursement.aspx

[46] *Loi sur l'assurance maladie*, LRQ, c A-29, art 22 et art 54.

[47] *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec*, c R-5, art 20. : « Dans l'exercice de ses pouvoirs, la Régie peut, par elle-même ou une personne qu'elle désigne, enquêter sur toute matière de sa compétence. »

[48] *Loi sur l'assurance maladie*, LRQ, c A-29, art 22.

[49] *Ibid*

Une réalité et un laisser-aller inquiétants

Tel que décrit dans la deuxième section du rapport, la lettre et l'esprit de la LAM sont ignorés dans de nombreuses situations et en conséquence, les frais facturés illégalement aux patients foisonnent. La RAMQ reçoit ainsi un nombre croissant de demandes de remboursement et consacre des sommes grandissantes à leur remboursement :

- Les demandes de remboursement sont passées de 2141 en 2011 à 3632 en 2012;
- Les demandes retenues ont plus que doublé, de 345 en 2011 à 745 en 2012;
- Les montants remboursés ont plus que triplé, de 141 679 $ en 2011 à 526 686 $ en 2012[50].

La RAMQ se contente pourtant de faire état des situations problématiques, mène peu d'enquêtes, n'exige que les montants pour lesquels elle reçoit une plainte individuelle dans l'année qui suit l'illégalité et ne demande pas à ce que des poursuites pénales soient engagées. Ce laxisme réduit considérablement la portée de la loi et envoie le message qu'on peut l'enfreindre impunément.

Ainsi, elle n'a publié que dix rapports d'enquête en six années (voir annexe IV « Tableau enquêtes RAMQ depuis 2011). Les rapports d'enquêtes publiés jusqu'ici indiquent que ces enquêtes ont généralement été déclenchées par une sortie médiatique mais jamais, ou rarement, à partir d'une demande de remboursement d'un patient. La RAMQ se contente habituellement d'ordonner un redressement de la situation, sans aller au-delà. La RAMQ possède pourtant le pouvoir de faire des enquêtes de son propre chef et pourrait l'utiliser de façon proactive en ciblant les demandes de remboursement liées fréquemment à certaines cliniques ou médecins, plutôt que de façon réactive suite à des interventions médiatiques.

Dans le cas plus particulier des frais facturés de façon illégale pour des médicaments et agents anesthésiques, la RAMQ ferme les yeux sur ces demandes de remboursement en les redirigeant vers le Collège des médecins du Québec, qui les traite au cas par cas.

Efforts de sensibilisation louables mais insuffisants

La RAMQ s'est contentée, depuis 2010, d'instaurer des mesures de sensibilisation dirigées vers les professionnels de la santé et les citoyens. Ainsi, elle a publié une infolettre en décembre 2010[51] (voir annexe V) à l'attention des médecins, leur rappelant le principe de gratuité des services médicaux assurés et l'illégalité de facturer pour des forfaits annuels.

[50] Fidelman, C. (2012). « Exorbitant health fees a growing practice, group says. » *The Gazette*, publié le 13 décembre 2012.

[51] Régie de l'assurance maladie du Québec. (2010). *Infolettre 199. Rappel à propos de la facturation de frais illégaux. Ibid.*

Elle a également mis sur pied une unité d'inspection[52] « à visée préventive et éducative », qui fait le tour des cabinets médicaux sur rendez-vous pour vérifier s'ils respectent les exigences relatives aux frais réclamés aux patients assurés et émet des recommandations. Mais cette unité n'a pas de pouvoirs d'enquête et son but n'est pas de percevoir des amendes ou récupérer les paiements. Suite aux premières visites, on constate que 80 % des cliniques ne respectent pas les exigences de la loi en ce qui a trait à l'affichage des tarifs et à la forme des reçus ou des factures[53]. Le petit échantillon des premières visites a aussi permis de relever certaines situations dérogatoires à la loi en ce qui a trait aux frais accessoires.

Pratiques illégales non sanctionnées

Plusieurs enquêtes de la RAMQ ayant clairement statué sur l'illégalité de nombreuses pratiques de facturation, l'unité d'inspection permettra certainement d'en identifier d'autres, l'augmentation des remboursements aux patients témoignant de la croissance du phénomène.

Pourtant, à notre connaissance, aucune clinique ni aucun médecin ne s'est vu imposer de sanctions pour facturation illégale au patient. Dans ce contexte, il n'est pas surprenant de voir les cliniques continuer dans la même veine. Les revenus engendrés par les frais directs aux patients ne sont aucunement découragés par les occasionnelles demandes de remboursement faites par quelques patients: des 745 demandes de remboursement acceptées par la RAMQ l'an dernier, 524 provenaient des quatre mêmes cliniques[54]. C'est du devoir et de la responsabilité de la RAMQ de procéder à des enquêtes, mais aussi de sanctionner ces pratiques illégales.

4.2 Collège des médecins du Québec

Le Collège des médecins du Québec, l'ordre professionnel des médecins québécois, a le mandat de protéger le public. En 2011, le Collège signale qu'il reçoit de plus en plus de plaintes de patients contestant des honoraires exigés par des médecins en cabinet et demande au gouvernement de clarifier les règles[55]. Il mandate alors son groupe de travail en éthique clinique afin d'établir les obligations déontologiques des médecins à ce sujet.

---

[52] Régie de l'assurance maladie du Québec. (2012). *L'unité d'inspection.* Repéré à http ://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecins-specialistes/facturation/legalite-frais-demandes/Pages/unite-inspection.aspx

[53] Desrosiers, Michel. (2012). Frais accessoires et services non assurés : une nouvelle unité d'inspection de la RAMQ. *Le Médecin du Québec,* 47 (10), pp.93-96.

[54] Cameron, Daphné. « McKesson achète des cliniques au passé trouble. » *La Presse*, publié le 8 mars 2013, récupéré de http ://affaires.lapresse.ca

[55] Collège des médecins du Québec. (2011). *Communiqué. Frais médicaux facturés aux patients : Le Collège des médecins veut clarifier les règles et invite le gouvernement à en faire autant.* Repéré à http ://www.cmq.org/public/profil/commun/Nouvelles/2011/2011-03-15/communique.aspx

Le rapport[56], rendu public en 2012, évoque généralement une solution d'ordre politique, fait référence à l'exigence d'afficher des tarifs et rappelle que le « médecin ne doit réclamer que des honoraires qui sont justifiés par la nature et la circonstance des services rendus » et que la logique professionnelle doit être distincte de la logique marchande, mais ne réussit pas à émettre de balises claires aux membres du Collège. De manière plus inquiétante, il manifeste des ouvertures à la mixité de pratique. Enfin, bien qu'on y reconnaisse que la question d'accès aux soins est fondamentale, on écrit que la réponse n'est pas du ressort de la déontologie. MQRP a envoyé une lettre au Collège en février 2013 détaillant ces préoccupations (voir annexe VI), mais la réponse que nous avons reçue du Collège (voir annexe VII) nous apparaît à la fois contradictoire et troublante.

D'un côté, le président du Collège indique que l'organisation des services de santé, leur accessibilité de même que leur financement ne relèvent pas de la juridiction du Collège. De l'autre, il affirme que les ententes sur les frais accessoires sont inadéquates ou inutiles car elles ne prévoient pas de modalités de financement des appareils médicaux (endoscopie, imagerie). Il reprend ensuite l'exemple des frais facturés en cabinet par les ophtalmologistes pour le traitement de la dégénérescence maculaire et commente ainsi la situation : tout en reconnaissant comme illégaux les frais facturés pour les gouttes ophtalmiques qu'il qualifie de « subterfuge pour amortir le coût d'achat des appareils », il affirme du même souffle que ces frais étaient justifiés et qu'il n'avait donc pas à sévir. Cette prise de position est à notre avis difficile à comprendre, puisque d'une part elle dépasse la juridiction annoncée du Collège, et que d'autre part elle semble en contravention à la fois du *Code de déontologie des médecins* et avec la LAM en donnant son aval à une facturation illégale de frais non autorisés par les ententes[57].

Finalement, en février dernier, les médecins membres du Collège ont reçu des propositions de modifications au *Code de déontologie des médecins* qui seront discutées pour adoption par le conseil d'administration du Collège le 14 juin 2013[58].

MQRP s'est inquiété de plusieurs de ces propositions et a fait parvenir au Collège une lettre signée par 47 médecins (voir annexe VIII). En particulier, la modification proposée à l'article 73 retire la notion de « profits indus » lorsque le médecin effectue des examens et des traitements lui-même, ce qui nous apparaît être une ouverture problématique à la logique marchande, en plus d'aller directement à l'encontre de la LAM**.** De plus, l'article 106, déjà dans sa version actuelle mais de manière encore plus explicite dans sa version modifiée, permet au médecin de facturer des forfaits annuels pour des services non assurés et non encore rendus, ce qui est pourtant contraire à la loi.

Il nous semble que le Collège, plaidant que les questions d'accès ne sont pas de sa juridiction, ne protège pas suffisamment le public en ouvrant la porte à un mode de facturation établissant dans les faits une

[56] Collège des médecins du Québec. (2011). *Les médecins et les frais facturés aux patients : une logique et des balises déontologiques à respecter. Rapport du groupe de travail en éthique clinique.* Repéré à http ://www.cmq.org/public/profil/commun/AProposOrdre/~/media/Files/References/Rapport-frais-factures-2012.pdf?91224

[57] *Code de déontologie des médecins*, LRQ, c M-9, a. 3, art 104.

[58] Collège des médecins du Québec. (2013). *Avis aux membres. Règlement modifiant le Code de déontologie des médecins. Ibid*

barrière tarifaire effective pour ceux qui ont difficilement les moyens de payer ces frais. Il n'agit pas non plus dans le meilleur intérêt du public en refusant d'émettre des balises claires à ses membres.

4.3 Réactions gouvernementales

2007 – Rapport du Comité de travail sur les frais accessoires

Le problème des frais accessoires et leur utilisation pour combattre le sous-financement perçu du système ne sont pas nouveaux. En 2007, devant l'ampleur de la situation, un comité est formé à la demande de Philippe Couillard, dans un contexte où plusieurs enquêtes de la RAMQ sur les frais accessoires la conduisent à rembourser des frais contestés par les patients. Deux autres événements expliquent l'empressement du gouvernement à se pencher alors sur la question : le projet de Loi 33, qui allait permettre la création de cliniques médicales spécialisées, et une décision arbitrale restreignant la possibilité pour le médecin de facturer pour des soins prodigués par d'autres professionnels de santé[59].

Le comité, présidé par M. Jean-Pierre Chicoine et composé de représentants des deux fédérations médicales, du Collège des médecins du Québec, de la RAMQ et du MSSS, pose plusieurs constats[60]. Leur argument central est à l'effet que la facturation « hors-norme » (leurs guillemets) des frais accessoires reflète en réalité un manque de revenus pour couvrir le fonctionnement du cabinet privé. Ils constatent aussi une érosion de la viabilité économique des cabinets, pouvant avoir un effet dévastateur sur l'accessibilité.

Ils infèrent alors, sans toutefois le démontrer, que la revitalisation du secteur privé serait un levier positif pour améliorer l'accessibilité. Ils mentionnent aussi que la clause « par le médecin lui-même » est un frein important au développement de GMF et GMS, par définition interdisciplinaires. Finalement, ils suggèrent qu'une partie des activités cliniques pourrait être faite par d'autres professionnels si des incitatifs économiques pertinents existaient. Dans tout le document, les auteurs semblent prendre pour acquis que la facturation directe au patient doit augmenter. Affirmant que la facturation de frais accessoires aux patients ne peut compenser le sous-financement du plateau technique et des frais de bureau, ils suggèrent pourtant d'effectuer une « mise à jour des frais facturables aux patients pour y inclure les pansements, le matériel chirurgical et les tests diagnostiques disponibles en cabinet » et en proposent une liste précise et élargie (voir annexe IX). Ils recommandent du même souffle que la rémunération pour la composante technique soit majorée afin de compenser pour les frais de fonctionnement.

Dans un second temps, on propose de « revoir la faisabilité d'élargir les frais facturables aux patients dans le contexte d'une loi canadienne assouplie » et de « réviser le concept de par le médecin lui-même». Il s'agirait de compenser la composante technique en versant aux médecins des montants provenant du patient pour des services médicalement nécessaires, en plus d'une rémunération par l'État

[59] Sentence arbitrale 15 août 2006 confirmant qu'un service doit être rendu par le médecin lui-même pour être facturable à la RAMQ

[60] (Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2007). *Rapport du Comité de travail sur les frais accessoires*.)

pour les services rendus par les médecins mais également par les autres professionnels. Dans un contexte où les médecins peuvent maintenant s'incorporer, il reste à voir si ces multiples sources de financement iront strictement à compenser pour des frais de gestion, d'administration et de matériel. Le rapport suggère également une facturation transparente identifiant médecin et services facturés, sur laquelle la FMSQ a inscrit une réserve.

La suggestion de traiter le financement de la composante technique différemment de l'évolution de la facturation nous semble une piste de solution bien plus adéquate que d'imposer des frais aux patients. Il est dommage que la commission, formée de représentants des fédérations mais aussi de la RAMQ, du MSSS et du Collège, ait mis tant d'énergie sur le paiement direct par le patient plutôt que de suggérer des solutions novatrices pour financer adéquatement la pratique médicale en cabinet, tout en protégeant le principe d'accessibilité des soins pour les patients.

2008 – Rapport Castonguay

Moins d'un an plus tard, le Groupe de travail sur le financement du système de santé, mandaté par le ministère des Finances et présidé par Claude Castonguay[61], recommandait la suppression des frais accessoires facturables aux patients par les cliniques de santé de première ligne mais incitait par ailleurs le gouvernement à donner aux cliniques de santé ayant conclu une entente avec l'agence le droit de percevoir une cotisation annuelle auprès des patients inscrits[62], afin de « créer un sentiment d'appartenance », « d'inciter à la productivité » et de « respecter le libre choix du patient ». Pourtant, une telle cotisation, barrière financière claire à l'accès et technique régressive de financement des soins, restreindrait de façon importante ses choix s'il ne disposait pas des moyens pour la payer.

Pour les cliniques médicales spécialisées avec médecin participant, la situation est jugée différente par les auteurs du rapport, qui jugent en effet que l'abolition des frais accessoires en fragiliserait le financement. Ils proposent donc que les frais accessoires actuels soient remplacés par un régime de tarification pour des services bien identifiés à des montants établis conjointement par le gouvernement et les fédérations médicales, mais facturés directement aux patients. Dans le cas précis des cliniques médicales associées ayant conclu une entente avec un établissement, ces frais seraient à la charge de l'établissement.

2010 – Rapport de la RAMQ

En 2010, à la demande du ministre Bolduc, la RAMQ produisait un rapport intitulé « Frais facturés aux personnes assurées – Éléments de réflexion et pistes de solution », émettant une série de

[61] Gouvernement du Québec. (2008). *Rapport du groupe de travail sur le financement du système de santé. En avoir pour notre argent.* Repéré à http ://www.groupes.finances.gouv.qc.ca/financementsante/fr/rapport/pdf/RapportFR_FinancementSante.pdf.

[62] Gouvernement du Québec. (2008). *Rapport du groupe de travail sur le financement du système de santé. En avoir pour notre argent. Ibid*, p. 91

recommandations pour baliser la pratique de facturation des frais accessoires aux patients. Ce rapport n'a jamais été rendu public ni accessible via la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, malgré des demandes répétées d'organismes et de journalistes.

2013 – Positions et engagements récents

Plus récemment, le ministre Hébert, en poste depuis septembre 2012, qui a pris connaissance du rapport susmentionné, affirmait vouloir « mettre la hache dans les frais accessoires », en reconnaissant qu'ils sont un « moyen détourné de demander des honoraires supplémentaires »[63]. Il indiquait en décembre 2012 ne plus tolérer cette situation puis proposait en février 2013 d'inclure les médicaments administrés en cabinet dans le régime d'assurance médicaments. À ce jour, nous sommes toujours en attente de ces changements.

Le ministre suggérait aussi d'élargir les pouvoirs de la RAMQ en lui attribuant une capacité d'ordonnance provisoire et de sauvegarde et la possibilité d'ouvrir une enquête sans plainte d'un patient et d'imposer des sanctions plus sévères aux médecins fautifs[64]. Pourtant, la RAMQ possède déjà le pouvoir d'ouvrir une enquête, ce qu'elle a d'ailleurs déjà fait à plusieurs reprises. De plus, bien que l'idée d'imposer des sanctions plus sévères par la RAMQ elle-même soit pertinente, il faudrait qu'elle commence par référer les dossiers des contrevenants pour que les sanctions déjà prévues dans la loi soient imposées, ce qu'elle n'a jamais fait à notre connaissance.

Lors d'une entrevue à la radio en février 2013[65], le ministre Hébert a dit ne pas vouloir s'attaquer au problème des frais pour "services non assurés et des frais administratifs" car ceux-ci seraient déjà balisés par le Collège et les fédérations. Or, un des problèmes identifiés vient justement d'une interprétation élargie du concept de « services non assurés » par les fédérations et de pratiques de facturation disproportionnée par rapport à la valeur des services rendus ou *théoriquement* à rendre. En particulier, puisque les fédérations et le Collège avalisent la facturation de forfaits pour « services non assurés » (pourtant illégaux), il est important que le ministre et la RAMQ agissent également à ce niveau et reconnaissent que toutes les activités cliniques médicales sont couvertes par les frais de cabinet dans le cadre de soins médicalement nécessaires.

[63] Cameron, Daphné. « Le ministre de la Santé met la hache dans les frais accessoires. » *La Presse*, publié le 4 février 2013, récupéré de www.lapresse.ca

[64] *Ibid*

[65] http ://www.radio-canada.ca/audio-video/pop.shtml#urlMedia=http ://www.radio-canada.ca/Medianet/2013/

5) Impacts sur les patients

Nous nous inquiétons d'abord et avant tout de la prolifération des frais facturés aux patients en raison de ses impacts néfastes sur nos patients et leur santé.

5.1 Un accès inéquitable

Les frais facturés aux patients engendrent de l'iniquité dans notre système de santé, pourtant fondé notamment sur l'équité de l'accès aux soins. Les patients qui paient ces frais souvent illégaux ont en effet un accès privilégié aux soins, dans un système à deux vitesses qui pourrait être bien contrôlé si la loi était simplement mieux appliquée.

5.2 Patients pris en otage

« Les patients sont placés en situation d'insécurité et de vulnérabilité. Ils sont en conséquence davantage prêts à débourser pour eux et leur famille afin d'obtenir une garantie d'accès au professionnel de la santé en temps opportun lorsque surgit le besoin. »[66]

Les difficultés d'accès à un médecin et à certains services médicaux placent aussi les médecins en situation de pouvoir par rapport à des patients prêts à payer, se priver ou s'endetter pour un accès à des soins autrement difficiles à obtenir. Ainsi, les parents d'un nouveau-né qui n'arrivent pas à trouver un médecin pour leur enfant pourraient accepter de débourser des frais à chaque visite pour s'assurer que leur enfant ait un suivi médical. La facturation de frais illégaux est ainsi facilitée, d'autant plus qu'elle est tolérée par les autorités et normalisée par les fédérations médicales.

L'accès à certains services est déjà difficile sans débourser d'argent. Dans certains hôpitaux, tous les chirurgiens travaillent dans une clinique où il faut payer des frais d'adhésion pour une consultation en lien avec une pathologie du sein; lorsqu'un de ces chirurgiens est consulté à l'hôpital pour une biopsie du sein, le patient est envoyé à cette clinique, sans alternative possible. Dans d'autres hôpitaux, l'attente pour rencontrer un physiatre étant de plus d'un an, les secrétaires redirigent les patients vers les cliniques où pratiquent les mêmes physiatres, mais où des frais sont exigés pour recevoir une infiltration. C'est un non-sens.

Le médecin référent d'ailleurs pas nécessairement au courant des frais qui seront exigés par le médecin consulté et ne peuvent rediriger le patient. Rendu anxieux par la situation, ce patient pourrait être tenté ou convaincu de payer pour avoir un accès à un examen plus rapidement en clinique privée (ex. tests d'allergie, endoscopie), même si le délai en établissement est en fait raisonnable dans son contexte. Le patient, pris en otage dans ce système, est obligé de payer pour avoir accès à des soins dont la pertinence et le degré d'urgence peuvent être teintés par la notion de rentabilité. Ce rapport de force

[66] Prémont, Marie-Claude. (2011). Les paiements de patients pour des soins payés par les fonds publics. *Revue Vie Économique*, 3 (1), p. 8.

financier entre le médecin et le patient n'est ni équilibré ni équitable, ce dernier étant en évidente position de vulnérabilité.

Les fédérations et le Collège se réfugient derrière le fait que certains des frais sont « suggérés » et non obligatoires. Pourtant, les patients n'en sont souvent pas informés et peuvent être portés à penser qu'ils doivent payer pour avoir accès, par exemple aux coopératives. Certains savent que ce n'est pas éthique ni légal, mais paient quand même de peur de perdre leur médecin.

5.3 Patients mal informés

« Les personnes assurées ont, pour leur part, de plus en plus de difficulté à déterminer la légalité des frais qui leur sont facturés en cabinet privé. »[67]

Cette situation perverse a aussi comme effet de « normaliser », pour le patient, le fait de devoir payer. Les usagers s'habituent ainsi à sortir leur portefeuille chaque fois que leur enfant reçoit un vaccin, qu'ils veulent obtenir une place garantie au sans rendez-vous, qu'ils doivent payer un forfait pour obtenir ou pour garder l'accès à un médecin de famille. La désassurance de certains actes comme l'imagerie en cabinet et la possibilité pour les médecins de facturer aux patients le coût des médicaments et de certains formulaires ont habitué les patients à payer des frais lors de la visite chez le médecin.

5.4 Processus de plainte complexe

« Pour une pratique de facturation donnée, bien peu de personnes vont aller jusqu'à faire une demande de remboursement à la Régie, soit par méconnaissance de la loi, soit par crainte de représailles de la part du médecin. »[68]

Les patients peuvent certes présenter une demande de remboursement à la RAMQ lorsqu'ils estiment avoir payé des frais non justifiés. Cependant, ce processus n'étant pas anonyme, plusieurs craignent de se plaindre de peur d'affecter la relation thérapeutique avec leur médecin. De plus, si les plaintes sont refusées, la RAMQ indique parfois au patient de se tourner vers le Collège des médecins, par exemple dans le cas d'une surfacturation pour le prix des médicaments et des agents anesthésiques administrés en cabinet. Une étape supplémentaire qui décourage plusieurs patients.

On peut donc affirmer avec une quasi-certitude que le nombre de demandes de remboursement présentées à la RAMQ ne représente que la pointe de l'iceberg des frais illégalement facturés aux patients.

[67] (Gouvernement du Québec. (2008). *Rapport du groupe de travail sur le financement du système de santé. En avoir pour notre argent. Ibid*, p. X
[68] *Ibid*

6) Impacts sur la pratique médicale

Médecins placés en conflit d'intérêts : marchandisation

« La mise en place d'un système de facturation et de perception des services non assurés qui respecte les limites et les réglementations, quelles qu'elles soient, est impératif pour obtenir une juste rémunération de notre travail. Ce faisant nous affirmerons [...] que tout notre temps est précieux, mais nos revenus augmenteront tout en réduisant notre ratio de frais de pratique. [...] Il n'est pas rare que ces sommes se chiffrent même en dizaine de milliers de dollars, pour un médecin dont la pratique est bien rôdée. A la lumière de vos calculs, n'est-il pas pertinent et primordial d'accorder un peu d'importance à la facturation des services non assurés, et ce, à court terme ? » [69]

Les marges de profit potentiellement générées par les frais demandés aux patients peuvent encourager les médecins à prescrire des traitements, investigations ou bilans non pertinents pour le patient mais payants pour la clinique. Ainsi, les « bilans de santé » vendus à fort prix jouent avec l'anxiété des patients en leur promettant de s'assurer qu'ils sont en bonne santé par une pléiade de tests peu pertinents, voire inutiles (ECG d'effort ou bilans sanguins non indiqués). Dans certains cas, des trouvailles cliniquement non significatives entraîneront des investigations supplémentaires et parfois des traitements inutiles, pris en charge par le système public, alors que les tests initiaux auront été demandés dans un contexte de recherche de profit. Le jugement professionnel du médecin se trouve alors influencé par son intérêt pécuniaire.

À titre d'exemple, un article publié dans la revue *Santé Inc.*[70] (propriété de l'Association médicale canadienne) explique au médecin comment « augmenter ses revenus de 30 % » en maximisant la« facturation des services non requis sur le plan médical, ainsi que les services accessoires à un service assuré ». L'article ne remet nulle part en question la pertinence ou la légalité de ces frais et suggère d'ailleurs que la première étape est de « se convaincre du bien-fondé de la facturation ». En effet, selon eux, « dans le contexte économique et politique actuel, il est tout à fait approprié et même nécessaire de facturer les services non assurés afin d'obtenir une rémunération adéquate pour le travail accompli ». L'article a comme point de départ l'idée que les médecins ne sont pas rémunérés adéquatement; pourtant, le système de paiement à l'acte permet déjà une maximisation des revenus selon les actes et comprend déjà, comme mentionné précédemment, une majoration pour couvrir les frais de cabinet. En fournissant outils et conseils pour percevoir l'argent payé par le patient, la publication rend très claire que la recherche de profit – et non la rémunération adéquate – est selon eux au cœur de la facturation de tels frais aux patients. D'ailleurs, l'ancien ministre de la Santé Yves Bolduc a déjà mentionné dans une entrevue s'être assuré que pendant un certain temps des cliniques privées de reproduction assistée fassent « un bénéfice raisonnable (...) de 15 % »[71].

[69] Labrecque, Michel. (2008). Tout sur la facturation des services non assurés. Augmenter ses revenus de 30%. *Santé Inc.,* pp. 22-28.
[70] *Ibid*
[71] http ://fr.canoe.ca/cgi-bin/imprimer.cgi?id=1094077

Avec la naissance des centres médicaux spécialisés (CMS) à investisseurs privés, dont seuls 50 % plus un des actions doivent être détenues par des membres du Collège des médecins, et l'incorporation des médecins, la dimension entrepreneuriale de la pratique paraît primer sur l'intérêt des patients.

7) Solutions

Nous avons vu que les diverses lois encadrant la couverture des soins médicaux au Québec sont claires : tout ce qui est médicalement requis est couvert, sauf pour de rares exceptions.

Pourtant, de plus en plus de frais sont facturés aux patients : certains de façon légale en raison de leur exclusion (par ailleurs discutable) de la couverture publique et d'autres de manière illégale. Les associations et fédérations médicales, avec leurs grilles tarifaires (voir annexe X), contribuent à la normalisation insidieuse de ces pratiques au sein du corps médical.

L'application rigoureuse de la *Loi sur l'assurance maladie* par la RAMQ et l'engagement du MSSS à faire respecter l'esprit de la loi feraient déjà beaucoup pour garantir la gratuité d'accès aux services médicalement nécessaires prodigués par des médecins.

Pour ce faire, la RAMQ doit d'abord informer clairement les médecins pratiquant en cabinet de l'illégalité de certains frais qu'ils y facturent. La liste des services non assurés est courte et définie par la loi et les ententes : ce qui n'est pas explicitement exclu de l'assurance maladie est couvert. Cela doit être rappelé aux médecins, aux fédérations, qui doivent rendre leurs grilles tarifaires conformes à la loi, et au Collège des médecins, qui doit ajuster le *Code de déontologie des médecins* afin de respecter la loi.

Ensuite, la RAMQ doit assumer son rôle de protecteur de la loi en sévissant contre la facturation de frais illégaux tels que les forfaits annuels, qu'ils soient pour des services assurés ou non assurés, et dans les cas où des frais plus élevés que le coût réel des médicaments ou agents anesthésiques administrés sont chargés.

L'incongruité entre la *Loi sur l'assurance médicaments* et l'exception prévue aux ententes permettant aux médecins de facturer au patient le coût des médicaments doit ensuite être résolue. En effet, le régime général a pour vocation de garantir « à toute personne admissible [...] le paiement du coût de services pharmaceutiques et de médicaments qui lui sont fournis au Québec, sans égard au risque relié à son état de santé»[72]. Il est incohérent dans ce contexte que le médecin puisse facturer directement le coût d'un médicament ou d'un agent anesthésique administré à un patient admissible au régime général d'assurance médicaments. Cette exception doit donc être retirée afin de lever toute ambiguïté.

L'argument invoqué par les fédérations médicales et le CMQ pour justifier la facturation de frais accessoires illégaux étant l'insuffisance du remboursement des frais de cabinet pour couvrir les frais de gestion et d'équipement en cabinet, il est urgent de vérifier les fondements de cette affirmation et de revoir en fonction des conclusions le financement de la composante technique.

Entre temps, les fédérations et le Collège devraient accepter que toute la rémunération doit être réglé dans les ententes publiques. Si celles-ci sont effectivement déficientes, elles doivent être renégociées. Mais le patient ne devrait jamais être pris en otage dans de telles négociations.

[72] *Loi sur l'assurance médicaments*, LRQ, c A-29, art 7.

Le rapport produit par la RAMQ en 2010 devrait être rendu public afin de permettre de mieux comprendre les enjeux, le laisser-aller de la Régie et les solutions proposées.

Il nous semble par ailleurs incohérent que le montant accordé pour les frais de cabinet soit tributaire du montant facturé pour l'acte médical. Ainsi, une piste de solution pourrait être de verser un montant distinct pour « frais de cabinet », selon le type de plateau technique ou de clinique, séparé de la facturation à l'acte par patient et couvrant raisonnablement les frais encourus.

En sus du financement public, un mouvement vers une prestation publique accrue de soins de santé en établissement ou en cabinet gérés par le système public plutôt que par des intérêts privés serait une voie praticable vers l'élimination des frais imposés aux patients pour des soins médicalement requis. Par exemple, on pourrait revaloriser le concept du CLSC, puisque sa multidisciplinarité, sa proximité avec la communauté et sa place claire dans le CSSS et le réseau constituent des atouts gagnants. En ce moment, c'est d'ailleurs le seul endroit hors hôpital où les patients ont un accès gratuit à plusieurs professionnels de la santé (physiothérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, orthophonistes, travailleurs sociaux...). Le même modèle pourrait être étendu à plusieurs cliniques d'omnipraticiens.

D'autres structures publiques ambulatoires pourraient être imaginées : on pourrait par exemple développer des cliniques ambulatoires publiques spécialisées pour certaines procédures (imagerie, endoscopies, injections, chirurgies mineures...), à l'image de la clinique d'orthopédie publique de Vancouver, qui est un succès à cet égard. La prestation et l'intégralité du financement y seraient publiques, éliminant les frais de gestion et du plateau technique à assumer par le médecin. On pourrait d'ailleurs s'inspirer des cliniques externes et des centres ambulatoires qui existent déjà en établissement. Cela permettrait de développer une meilleure coordination sur le territoire, un meilleur contrôle des coûts et assurer un accès adéquat aux autres professionnels.

Cet accès aux autres professionnels – actuellement réservé principalement aux patients suivis en établissement ou en CLSC – est crucial pour que les patients bénéficient d'une prise en charge adéquate. Le système amorce enfin un virage vers l'interdisciplinarité hors établissement (sages-femmes, IPS, pouvoirs accrus aux infirmières et pharmaciens...) qui semble promettre un meilleur accès et une meilleure qualité des soins. Par contre, dans ce contexte, la *Loi sur l'assurance maladie* perd de son actualité car elle se concentre surtout sur la couverture des soins prodigués par le médecin lui-même.

Nous voyons donc apparaître le risque que certains actes délégués à d'autres professionnels ne soient pas couverts par l'assurance maladie et que la facture soit ainsi refilée au patient. Par exemple, les négociations avec les pharmaciens dans le cadre du projet de Loi 41[73] montrent la nécessité de s'assurer du financement adéquat des services : en l'absence d'une réponse claire sur le type de couverture des nouveaux soins (la RAMQ? l'assurance médicament?), les pharmaciens brandissent la menace de faire payer directement le patient.

[73] Grammond, Stéphanie. « Quand les pharmaciens déchirent leur blouse blanche. » *La Presse*, publié le 15 mai 2013, récupéré de http ://affaires.lapresse.ca

Il y a donc urgence de réagir et d'encadrer ces nouvelles pratiques pour s'assurer que tout soin médicalement requis soit assuré directement par la RAMQ, élargissant la couverture aux soins prodigués hors établissement par d'autres professionnels que les médecins.

8) Revendications

En résumé, MQRP demande :

A. Au ministre de la Santé et des Services sociaux et au gouvernement :

1. De **clarifier** la couverture publique :

- En **levant l'exception** prévue aux ententes afin que les médicaments et agents anesthésiques administrés en cabinet soient couverts par le régime d'assurance médicaments,
- En **mettant en vigueur l'article 60(4)** de la *Loi sur l'assurance médicaments* interdisant d'exiger des frais pour compléter une demande d'autorisation pour la couverture d'un médicament,
- En **abolissant les exceptions** prévues à l'article 22 du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie* concernant les services à distance et les consultations pour renouvellement d'ordonnance, ainsi que celles prévues aux ententes pour les stérilets, attelles, bandages, plâtres et résumé de dossier.

2. De mieux **combattre** les pratiques illégales :

- En **appliquant efficacement la *Loi sur l'assurance maladie*** en ce qui a trait aux frais imposés aux patients pour des soins médicalement requis et pour s'assurer que la pratique des forfaits annuels soit éliminée,
- En **fournissant mandat et ressources à la RAMQ** pour les enquêtes sur les frais imposés aux patients et en référant les dossiers les plus graves pour imposition des amendes prévues par la loi,
- En **facilitant le processus de plainte** et de remboursement pour les patients.

3. De **prendre en compte** les transformations du réseau :

- En **finançant adéquatement** et en développant l'accès aux soins en contexte ambulatoire dans les établissements publics : cliniques externes des hôpitaux, CLSC ou en explorant des modèles de cliniques publiques ambulatoires,
- En **élargissant la couverture publique** du médicalement nécessaire aux autres professionnels de la santé hors établissement, incluant les services pré hospitaliers,
- En **garantissant** que la délégation d'actes médicaux ne devienne pas un prétexte pour facturer au patient,
- En **couvrant publiquement et intégralement** les services prodigués par infirmières et pharmaciens dans le cadre de l'application du projet de loi 41.

4. De **rendre public le rapport de la RAMQ** « Frais facturés aux personnes assurées – Éléments de réflexion et pistes de solutions ».

B. Au ministre de la Santé et des Services sociaux et aux Fédérations médicales :

- **D'informer** le public et les médecins de l'illégalité d'un grand nombre des frais présentement facturés dans les cabinets,
- De **revoir le mode de financement** des frais de cabinet,
- De **négocier une entente** assurant un financement adéquat du plateau technique sans reléguer la facture aux patients,
- De **rejeter le principe de désassurance** qui légalise la facturation de frais pour des soins médicalement nécessaires.

C. Au Collège des médecins du Québec :

- De **revenir** sur sa proposition de modification des articles 73, 79 et 106 du *Code de déontologie des médecins* afin de protéger le public contre une marchandisation de la pratique médicale.
- De **reconnaître** que l'intérêt du public est le mieux servi dans un système gratuit et universel, ciblant les besoins du patient et non sa capacité de payer.

D. Au Collège des médecins du Québec et aux Fédérations médicales:

- De **rejeter les pratiques illégales**, en particulier celles touchant la surfacturation et la facturation de forfaits annuels et de ne plus leur donner de légitimité indue en les incluant dans des grilles tarifaires proposées.

CONCLUSION

Il faut rappeler le contexte dans lequel s'inscrit la prolifération des frais facturés aux patients détaillée dans ce rapport: le virage ambulatoire amorcé dans les années 90 n'a pas été accompagné d'un financement et d'un soutien suffisants pour les soins prodigués en dehors des hôpitaux et dans les services ambulatoires des établissements publics. Ces manques ont ensuite été exploités par divers groupes d'intérêts, conduisant à une *marchandisation* croissante des soins de santé.

Cette tendance affecte également la profession médicale qui, d'un côté, a vu sa capacité à offrir des soins compromise par le sous-financement du système et de l'autre, son pouvoir de négociation accru par la difficulté d'accès aux médecins. Certains médecins ressentent ainsi comme inévitable - et même justifié - le paiement de frais par les patients pour financer les soins.

Cette pratique a pris une ampleur inégalée. De nombreuses cliniques exigent des frais accessoires illégaux pour des services assurés, en facturant de façon abusive des services non assurés ou pour des services à venir. Ces frais illégaux sont peu à peu normalisés par les fédérations médicales et les associations professionnelles, qui émettent des grilles tarifaires que l'on voit maintenant affichées partout.

Plusieurs médecins facturent ainsi les frais suggérés par les fédérations sans même savoir que certains sont illégaux. Rien n'est d'ailleurs fait pour le décourager : le Collège des médecins et la RAMQ ferment les yeux, tolèrent et ne sanctionnent pas des pratiques illégales qu'ils connaissent pourtant bien en raison des nombreuses plaintes reçues. La prolifération des frais lors d'une visite médicale permet à ceux qui en ont les moyens un accès facilité à une panoplie de soins pourtant financés par la collectivité, notamment par ceux qui s'en trouvent pourtant pénalisés.

La multiplication des frais facturés aux patients, sous prétexte de compenser des frais de gestion, s'inscrit plutôt dans une logique de maximisation des profits, favorisée par la rémunération à l'acte, la possibilité pour les médecins de s'incorporer en sociétés par actions et la création des centres médicaux spécialisés à investisseurs privés.

La médecine n'est pas une relation d'affaires, c'est une relation humaine et professionnelle. Il est essentiel de régler rapidement la question des frais facturés aux patients. La solution est la couverture publique, qui permet d'assurer l'accès gratuit à des soins de qualité sans égard à la capacité de payer. Et de protéger l'intégrité de la profession médicale.

Le système public peut et doit s'assurer que tous les patients aient accès aux soins médicalement nécessaires, sans avoir à débourser ni à s'acheter une assurance privée supplémentaire. Parce que nous pouvons faire le choix, comme société, d'un régime de qualité et complètement public.

Annexe I : Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, services qui ne sont pas considérés comme assurés

Loi sur l'assurance maladie
(L.R.Q., c. A-29, a. 69)

SECTION V
SERVICES QUI NE SONT PAS CONSIDÉRÉS COMME ASSURÉS

22. Les services mentionnés sous cette section ne doivent pas être considérés comme des services assurés aux fins de la Loi:

a) tout examen ou service non relié à un processus de guérison ou de prévention de la maladie; sont notamment considérés comme tels les examens ou services pour les fins:
i. de l'émission d'une police d'assurance ou de sa remise en vigueur;
ii. d'emploi ou en cours d'emploi, ou lorsque tel examen ou service est requis par un employeur ou son représentant à moins qu'un tel examen ou service soit exigé par une loi du Québec autre que la Loi sur les décrets de convention collective (chapitre D-2);
iii. de passeport, de visa ou d'autres fins analogues;

b) la psychanalyse sous toutes ses formes, à moins que tel service ne soit rendu dans une installation maintenue par un établissement autorisé à cette fin par le ministre de la Santé et des Services sociaux;

c) tout service dispensé à des fins purement esthétiques. Sont notamment considérés comme tels, les services suivants:
i. la rhytidectomie;
ii. toute correction d'une cicatrice localisée ailleurs qu'à la face ou au cou et qui ne provoque pas d'interférence fonctionnelle;
iii. toute excision ou dermabrasion d'un tatouage non traumatique;
iv. toute greffe capillaire correctrice d'alopécie héréditaire;
v. toute électrolyse, sauf dans le cas d'hirsutisme pathologique ou de folliculite;
vi. Toute correction de déformation congénitale non symptomatique;
vii. toute correction de prauminauris chez une personne âgée de 18 ans et plus;
viii. toute mammoplastie à moins que tel service ne soit rendu pour:
A) la correction d'aplasie mammaire;
B) la correction d'asymétrie sévère (au moins 150 g) ou d'hyperplasie sévère bilatérale (au moins 250 g par sein);
ou
C) la reconstruction ipsi ou controlatérale suite à une chirurgie mammaire considérée comme un service assuré.
ix. toute excision d'excès de tissus graisseux non symptomatique;

c.1*)* toute chirurgie réfractive, sauf dans les cas suivants où il y a eu échec documenté au port de verres correcteurs et de lentilles cornéennes:

i. astigmatisme de plus de 3,00 dioptries, mesuré au plan cornéen, acquis à la suite d'un traumatisme, d'une pathologie cornéenne ou d'une chirurgie de la cornée considérée comme un service assuré et non secondaire à une chirurgie réfractive effectuée pour une condition autre que celle prévue au sous-paragraphe ii;

ii. anisométropie de plus de 5,00 dioptries, mesurée au plan cornéen, entraînant un déficit fonctionnel de la vision et non secondaire à une chirurgie réfractive effectuée pour une condition autre que celles prévues au sous-paragraphe i;

d) tout service fourni par correspondance ou par voie de télécommunication, sauf les services de télésanté visés à l'article 108.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) dont la rémunération est payable en vertu de la Loi;

e) tout service rendu par un professionnel à son conjoint ou à ses enfants;

f) tout examen, toute expertise, tout témoignage, tout certificat ou autres formalités lorsque requis aux fins de la justice, ou par une personne autre que celle qui a reçu un service assuré, sauf dans les cas suivants:

i. la constatation de décès;

ii. l'examen médico-légal des victimes d'assauts sexuels;

iii. l'examen exigé en vertu de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (chapitre P-38.001);

iv. l'examen exigé en vertu de la Loi sur le curateur public (chapitre C-81);

v. l'examen exigé en vertu de la Loi sur le régime de rentes du Québec (chapitre R-9);

vi. l'examen exigé en vertu de la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles (chapitre A-13.1.1) sauf le nouvel examen exigé par le ministre de la Sécurité du revenu en vertu de l'article 31 de cette Loi;

vii. l'examen exigé en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (chapitre P-34.1);

g) toute visite faite dans le seul but d'obtenir le renouvellement d'une ordonnance;

h) tout examen, tout vaccin, toute immunisation, toute injection faits:

i. à un groupe de personnes à moins que le professionnel duquel on requiert tel service n'ait obtenu au préalable l'autorisation par écrit de la Régie;

ii. aux fins de scolarité à tous les degrés, de camps de vacances ou autres, d'une association ou d'un organisme;

i) tout service rendu par un professionnel sur la base d'une entente ou d'un contrat avec un employeur ou une association ou organisme aux fins de rendre des services assurés à ses employés ou à leurs membres;

j) parmi les services visés au paragraphe *c* du premier alinéa de l'article 3 de la Loi, les services suivants ne peuvent être considérés comme assurés s'ils sont rendus plus d'une fois au cours de 2 années civiles consécutives par un optométriste à une personne assurée qui détient un carnet de réclamation en vigueur délivré suivant l'article 71 ou 71.1 de la Loi et qui est âgée de 18 ans ou plus et de moins de 65 ans ou s'ils sont rendus plus d'une fois au cours d'une année civile par un optométriste à toute autre personne assurée visée à l'article 34:

i. examen complet de la vision;
ii. étude extensive de la vision des couleurs;
j.1*)* *(paragraphe abrogé);*

k) tout ajustement de lunettes ou de lentilles de contact;
k.1*)* parmi les services visés au deuxième alinéa de l'article 3 de la Loi, les services suivants ne peuvent être considérés comme assurés s'ils sont rendus plus d'une fois par période de 12 mois par un dentiste;
i. examen, sauf un examen d'urgence ou, lorsque la personne assurée est suivie à des fins oncologiques par un dentiste exerçant dans un établissement qui exploite un centre hospitalier mentionné à l'annexe E, un deuxième examen;
ii. enseignement et démonstration des mesures d'hygiène buccale;
iii. nettoyage des dents;
iv. détartrage;
v. application topique de fluorure;

l) toute ablation chirurgicale d'une dent ou d'un fragment dentaire faite par un médecin à moins que tel service ne soit rendu dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre hospitalier dans l'un ou l'autre des cas suivants:
i. à une personne assurée âgée de moins de 10 ans;
ii. à une personne assurée qui détient un carnet de réclamation en vigueur délivré suivant l'article 71.1 de la Loi;
iii. par anthrostomie;

m) tous les actes d'acupuncture;

n) l'injection de substances sclérosantes et l'examen dispensé à cette occasion:
i. dans les télangiectasies;
ii. dans les pinceaux artério-veineux;
iii. dans les varicosités des membres inférieurs;
iv. dans les veines variqueuses des membres inférieurs lorsque ce service n'est pas rendu dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre hospitalier;

o)
i. la thermographie, à moins que ce service ne soit rendu dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre hospitalier;
ii. la mammographie utilisée pour fins de dépistage, à moins que ce service ne soit rendu sur ordonnance médicale, dans un lieu désigné conformément au paragraphe *b*.3 du premier alinéa de l'article 69 de la Loi, à une personne assurée âgée de 35 ans ou plus et à la condition qu'un tel examen n'ait pas été subi par cette personne depuis 1 an;

p) l'usage des radionucléides *in vivo* chez l'humain, à moins que ce service ne soit rendu dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre hospitalier;

q) l'ultrasonographie, à moins que ce service ne soit rendu dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre hospitalier ou qu'il ne soit rendu, à des fins obstétricales, dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre local de services communautaires

mentionné à l'annexe D ou qu'il ne soit un service requis à des fins de procréation médicalement assistée conformément aux articles 34.4, 34.5 ou 34.6;

q.1*)* la tomodensitométrie, à moins que ce service ne soit rendu dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre hospitalier;

q.2*)* l'imagerie par résonance magnétique, à moins que ce service ne soit rendu dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre hospitalier;

q.3*)* la tomographie optique du globe oculaire et l'ophtalmoscopie confocale par balayage laser du nerf optique, à moins que ces services ne soient rendus dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre hospitalier ou qu'ils ne soient rendus dans le cadre du service d'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique en vue du traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge;

r) tout service de radiologie rendu par un médecin:
i. s'il est requis en vue de dispenser un service non assuré ou non considéré comme assuré par règlement ou par la Loi;
ii. s'il est requis par une personne autre qu'un médecin ou un dentiste;
iii. s'il est rendu dans un laboratoire en vertu d'une entente conclue avec l'exploitant d'un centre médical spécialisé en application du premier alinéa de l'article 333.6 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2);

s) tout service d'anesthésie rendu par un médecin, s'il est requis en vue de dispenser un service non assuré ou non considéré comme assuré par règlement ou par la Loi, à l'exception d'un service dentaire rendu dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre hospitalier;

t) tout service de chirurgie rendu à des fins de transsexualisme, à moins que le service ne soit rendu dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre hospitalier et sur la recommandation du chef du département clinique responsable des services de transsexualisme à l'Hôtel-Dieu de Montréal ou à l'Hôpital général de Montréal, ainsi que sur la recommandation d'un psychiatre exerçant dans un de ces 2 centres hospitaliers;

u) tout service qui n'est pas associé à une pathologie et qui est rendu par un médecin à une personne assurée âgée de 18 ans ou plus et de moins de 65 ans, à moins que cette personne ne détienne un carnet de réclamation en vigueur délivré suivant l'article 71 ou 71.1 de la Loi, pour un problème de daltonisme ou de réfraction dans le but d'obtenir ou de renouveler une ordonnance pour des lunettes ou des lentilles de contact.

R.R.Q., 1981, c. A-29, r. 1, a. 22; D. 2448-82, a. 1; D. 3018-82, a. 1-3; D. 3019-82, a. 2; D. 1374-84, a. 1; D. 1813-84, a. 1; D. 1556-87, a. 1; D. 1823-88, a. 1;D. 922-89, a. 133; D. 1214-89, a. 1; D. 1064-91, a. 1; D. 1192-92, a. 1; D. 1244-92, a. 1; D. 1469-92, a. 2; D. 729-93, a. 1; D. 896-94, a. 1; D. 386-95, a. 1; D. 1179-95, a. 2; D. 323-96, a. 1; D. 1287-96, a. 1; D. 1563-96, a. 1; D. 924-97, a. 1; D. 1190-2001, a. 1; D. 329-2007, a. 1; L.Q. 2007, c. 21, a. 44; L.Q. 2009, c. 29, a. 39; D. 894-2009, a. 1; D. 645-2010, a. 1; D. 1088-2011, a. 1.

Annexe IIa : Grille tarifaire de la FMOQ

GRILLE PROVINCIALE DES TARIFS POUR LES SERVICES NON ASSURES (A TITRE INDICATIF) LES SERVICES DÉSASSURÉS ET LES FRAIS ACCESSOIRES

Selon la complexité, le taux horaire peut remplacer les tarifs suggérés

SERVICES NON ASSURÉS

1. Formulaires et Services administratifs
(excluant l'examen)

Formulaire d'attestation ..... 20 $
- d'état de santé
- d'absence du travail, de l'école
- de retour au travail

Rapport médical sur formulaire pré-établi
- assurance-salaire ..... 55 $ à 110 $
- assurance-chômage ..... 30 $
- RRQ ..... 110 $ à 220 $

Formulaires SAAQ (selon la complexité, le taux horaire peut remplacer les tarifs suggérés)
- permis de conduire ..... 45 $ à 110 $
- rapport médical initial ..... 35 $
- rapport médical d'évaluation ..... 110 $
- rapport médical d'évolution ..... 110 $
- rapport médical des séquelles ..... 65 $ à 110 $
- autres formulaires ..... 15 $ + tarif horaire

Formulaire de médicaments d'exception ..... 25 $

Frais administratifs
- photocopie, première page ..... 5 $
- pages supplémentaires ..... 0,50 $/chac.
- télécopie ..... 15 $
- frais d'interurbain ..... 5 $ + frais réels
- messagerie ..... 20 $ + coût réel
- rendez-vous non respecté ..... 25 $

Consultation téléphonique ..... 20 $

Renouvellement d'une ordonnance sans visite médicale ..... 15 $

2. Services médico-administratifs, requis par un patient ou par un tiers, incluant l'examen médical non assuré
- Rédaction d'un résumé de dossier ..... Tarif horaire
- Évaluation de l'aptitude à la conduite automobile ..... 105 $ à 145 $
- Colonie de vacances, club sportif, école, université ..... 85 $
- Compagnie d'assurance (examen d'admissibilité) ..... 175 $
- Pré-emploi et en cours d'emploi ..... 175 $

3. Service médical non assuré, incluant la consultation ou examen d'un patient non résidant au Québec
- Honoraires d'examen ..... 60 $ à 200 $
- Intervention thérapeutique ou diagnostique non assurée (réparation de plaie, réduction, immobilisation) ..... 60 $ à 230 $
- Prélèvement sanguin ..... 25 $ à 50 $

4. Frais accessoires
(limités par article 1.1.4 du Préambule général)

Médicaments et matériel médical
- Xylocaïne pour anesthésie locale ..... 15 $
- Anesthésie locale ou autre médicament pour une plaie de l'oeil ..... 10 $
- Médicament appliqué sur une plaie ..... 10 $
- Médicament injectable (Gravol®, adrénaline, par exemple) ..... 15 $
- Médicament pour infiltration, par site (Depo-Medrol®, par exemple) ..... 30 $
- Azote liquide, par site ..... 10 $
- Vaccin ..... selon coût
- Stérilet ..... selon coût
- Attelle d'immobilisation ..... 30 $
- Bandage en huit ..... 30 $

5. Transport

Frais de transport de spécimens biologiques ..... 15 $

6. Taux horaire (accord préalable requis)
- Activités médico-administrative ..... 220 $
- Activités médico-légales ..... 350 $
- Expertise ..... 390 $

Le patient qui estime que les sommes qui lui sont réclamées visent des services assurés au sens de la Loi sur l'assurance maladie peut, par écrit dans l'année suivant la date du paiement, en réclamer le remboursement à la Régie de l'assurance maladie du Québec, qui remboursera alors le montant, lorsqu'elle est d'avis que sa facturation n'était pas permise, et récupérera ce montant du professionnel ou du tiers en cause.

An English version is available on request.

Juillet 2010

Annexe IIb : Grille tarifaire de l'AMOM

Association des Médecins Omnipraticiens de Montréal

Indicatif tarifaire pour des services non assurés par la RAMQ

Formulaires

- Attestation de
  - Présence à la clinique / à l'urgence
  - État de santé
  - Absence du travail / de l'école
  - Retour au travail ..... 20 $
- Rapport médical sur formulaire pré-établi
  - Assurance-salaire ..... 60 $ à 120 $
  - Assurance-chômage ..... 40 $
  - Formulaires de la SAAQ ..... min. 60 $ ..... selon complexité : tarif horaire
  - Régie des rentes ..... 125 $ à 250 $
  - Médicaments d'exception ..... 30 $
  - Autre formulaire ..... tarif horaire
- **Permis de conduire**
  - Formulaire seul ..... 55 $
  - Formulaire et examen ..... 100 $
  - Cas complexe ..... tarif horaire
- **Résumé de dossier**
  (ex. pour cie d'assurance) ..... tarif horaire
  - Formulaire d'admissibilité pour une cie d'assurance ..... min. 200 $ ou tarif horaire
- **Examen physique et formulaire**
  - Pré-emploi et en cours d'emploi ..... 175 $
  - Camp de vacance ..... 100 $
  - Employeur, organisation de loisir institution d'enseignement, etc. ..... 150 $
  - Pour une compagnie d'assurance (Selon la complexité du formulaire) ..... min. 200 $

Frais administratifs

- Messagerie ..... 25 $ et plus
- Photocopies
  Première page ..... 5 $
  Chaque page supplémentaire ..... 0,60 $
- Transmission par télécopieur ..... 20 $
- Ordonnance téléphonique ..... 25 $
- Appel interurbain ..... frais estimés, plus 5 $
- Personnel administratif et de soutien .... 40 $ à 75 $ / h
- Entretien téléphonique avec un tiers (ex. : demande de renseignements d'une compagnie d'assurance, employeur) ..... tarif horaire, min. 95 $
- Rendez-vous non respecté ** ..... 40 $

Forfait annuel *(Block fee)****

Selon le contrat négocié avec votre patient

Mars 2010

Médicaments et matériel médical (tarif indiqué ou coût selon usage)

- Xylocaïne pour anesthésie locale lors de réparation de plaie ..... 25 $
- Anesthésie locale ou autres médicaments pour une plaie de l'œil ..... 20 $
- Médicament appliqué sur les plaies (selon la gravité) ..... min. 10 $
- Médicament injectable (Gravol®, adrénaline, etc.) ..... 25 $
- Médicament pour infiltration (Kenalog, Dépomédrol®) ..... 50 $
- Aérosolthérapie incluant le Ventolin® ou autre bronchodilatateur (compresseur) ..... 25 $
- Azote liquide ..... min. 20 $
- Vaccins ..... selon le coût (+ frais d'entreposage et frais administratifs)
- Stérilet ..... selon le coût (+ frais d'entreposage et frais administratifs)
- Attelle d'immobilisation ..... 35 $
- Bandage en huit ..... 35 $

Tarif horaire

- Activités médico-administratives
  150 $ la première demi-heure
  125 $ par demi-heure additionnelle
- Activités médico-légales ..... 325 $ / h
- Expertise ..... 390 $ / h
- Témoignage en tant qu'expert (minimum 3 heures) ..... 250 $ / h

Consultations pour les non-résidants du QC

- Patient ne résidant pas au Canada
  - Examen de 1ère visite (honoraires) ..... 160 $
  - Examen de relance ..... 80 $
  Patient résidant au Canada, mais hors du Québec (facturé au patient) *
  - Examen ..... 80 $
    - Intervention thérapeutique ou diagnostique non assurée (réparation de plaie, réduction, immobilisation, etc.)..(selon la complexité) min. 85 $

* *Le Québec n'a pas signé d'entente interprovinciale permettant le paiement intégral des honoraires réclamés, d'où l'importance de facturer vos services au patient.*

Le patient qui estime que les sommes qui lui sont réclamées visent des services assurés au sens de la Loi sur l'assurance maladie peut, par écrit dans l'année suivant la date du paiement, en réclamer le remboursement à la Régie de l'assurance maladie du Québec, qui remboursera alors le montant, lorsqu'elle est d'avis que la facturation n'était pas permise, et récupérera ce montant du professionnel ou du tiers en cause.

Annexe IIc : Grille tarifaire de la FMSQ

FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC

GRILLE TARIFAIRE SUGGÉRÉE EN CABINET PRIVÉ

POUR LES FOURNITURES ET FRAIS ACCESSOIRES À DES SERVICES ASSURÉS ET LES SERVICES MÉDICAUX NON ASSURÉS

(EN VIGUEUR LE 13 JUIN 2007)

1. Services médicaux non assurés

EXAMENS MÉDICAUX NON ASSURÉS

Selon durée et tarif horaire ..... 250 à 375 $/h
..... Tarif minimum de 75 $

Exemples : Compagnie d'assurance, pré-emploi et emploi, émission d'un passeport/visa etc., invalidité, SAAQ, état de santé (colonie de vacances, institution scolaire, centre sportif, etc.)

CERTIFICATS, RAPPORTS, ATTESTATIONS ET FORMULAIRES MÉDICAUX

Selon durée et tarif horaire ..... 250 à 375 $/h
..... Tarif minimum de 20 $

Exemples : attestation (santé, absence travail/école, etc.), formulaires prétablis (SAAQ, ass.-salaire / chômage, RRQ, médicament d'exception, etc.), compagnie d'assurance, pré-emploi et emploi, indemnisation pour invalidité

EXPERTISE

Activités d'expertise ..... 325 à 475 $/h

Exemples : examen du patient/dossier, rédaction d'un rapport d'expertise, préparation de témoignage, lettre/questionnaire pour un tiers, etc.

Annulation d'expertise

Préavis de moins de 48h ..... 50 % des honoraires

Présence en Cour (avec ou sans témoignage)

½ journée ..... 2 000 $
Journée entière ..... 3 500 $

Annulation d'audition

Préavis de moins de 48h ..... 100 % des honoraires
Préavis de 3 à 5 jrs ..... 50 % des honoraires
Préavis de 6 à 10 jrs ..... 25 % des honoraires

AUTRES SERVICES MÉDICAUX NON ASSURÉS

Services généraux

- Consultation par téléphone, télécommunication ou correspondance
  Selon durée et tarif horaire ..... 250 à 375 $/h
  ..... Tarif minimum de 25 $
- Renouvellement d'une ordonnance par téléphone ou visite pour cette seule fin ..... 25 à 45 $
- Analyse de dossier par le médecin quant aux extraits à communiquer
  Selon durée et tarif horaire ..... 250 à 375 $/h
- Résumé de dossier
  Selon durée et tarif horaire ..... 250 à 375 $/h
  ..... Tarif minimum de 75 $

Services d'imagerie médicale

Selon le service ..... Annexer liste le cas échéant

Exemples : ultrasonographie, tomodensitométrie, résonance magnétique, etc.

Services à des fins esthétiques

Selon le service ..... Annexer liste le cas échéant

Exemples : mytidectomie, mammoplastie, liposuction, injection non assurée de substances sclérosantes, etc.

Services chirurgicaux

Selon le service ..... Annexer liste le cas échéant

Exemples : chirurgie réfractive, ablation chirurgicale d'une dent, chirurgie à des fins de transsexualisme, etc.

Services d'anesthésie

Selon le service ..... Annexer liste le cas échéant

Exemple : si requis en vue de dispenser un service non assuré

Analyses, techniques diagnostiques et thérapeutiques

Selon le service ..... Annexer liste le cas échéant

Exemples : analyse d'urine ou de sang, glycémie, test de grossesse, strep test, etc.

2. Services administratifs – matériel

PHOTOCOPIE

- 1re page ..... 5 $
- Pages supplémentaires ..... 0,50 $/p

TÉLÉCOPIE

- 1 à 5 pages ..... 10 $
- Pages supplémentaires ..... 1 $/p

FRAIS INTERURBAINS ..... 10 à 20 $

FRAIS D'ENVOI ..... 10 à 30 $

(dossier, cliché, spécimen biologique, etc.)

DUPLICATA ..... selon le support 10 à 40 $

(film, disquette, microfilm, cassette, etc.)

RENDEZ-VOUS NON-RESPECTÉ PAR LE PATIENT ..... 30 à 80 $

- Préavis de moins de 24h ou patient qui ne se présente pas

RETOUR DE CHÈQUE SANS PROVISION ..... 30 $

FORFAIT ANNUEL POUR SERVICES NON ASSURÉS ..... 500 à 1 000 $

3. Frais accessoires

MÉDICAMENTS ..... 20 à 100 $

Exemples : Gouttes pour les yeux, azote liquide, allergènes, corticostéroïdes, vaccins, médicaments injectables, etc.

AGENTS ANESTHÉSIQUES ..... 10 à 100 $

Exemples : Lidocaïne, etc. (injections ou applications)

STÉRILET ..... 125 à 200 $

MATÉRIEL POUR PLÂTRE ET ATTELLE ..... Selon le prix

4. Taux horaire

ACTIVITÉS MÉDICO-ADMINISTRATIVES ..... 250 à 375 $/h

ACTIVITÉS D'EXPERTISE ..... 325 à 475 $/h

PERSONNEL ADMINISTRATIF ET DE SOUTIEN ..... 40 à 75 $/h

5. Autres frais et services à considérer

OUVERTURE DE DOSSIER ..... à déterminer

EXAMEN AVEC TECHNOLOGIE REHAUSSÉE ..... à déterminer

MATÉRIEL MÉDICAL DIVERS ..... à déterminer

FRAIS D'UTILISATION D'ÉQUIPEMENT ..... à déterminer

Annexe IId : Grille tarifaire de l'AMPQ

LES SERVICES NON ASSURÉS PAR LA RAMQ

(CE DOCUMENT EST RÉSERVÉ EXCLUSIVEMENT À L'USAGE DU MÉDECIN PSYCHIATRE.)

À titre indicatif, veuillez trouver ci-après, la liste des tarifs des services non assurés révisée par les membres du comité ad hoc de votre association et par le conseil d'administration.

Dans le cas des actes privés et en établissement, notamment la psychanalyse, l'expertise ou la participation à titre de conférencier, les honoraires suggérés ne sont pas limitatifs mais correspondent à un niveau de base auquel s'ajoute votre expérience.

		Établissement	Bureau privé
Services non assurés par la RAMQ : Ces tarifs peuvent être facturés au patient ou au demandeur, telles les compagnies d'assurances, en plus des honoraires facturés à la RAMQ pour les services cliniques rendus.	Formulaire d'assurances	90 $ par page	110 $ par page
	SAAQ	110 $ par page	145 $ par page
	Formulaire de la Régie des rentes du Québec (enfant ou adulte)	350 $	450 $
	Formulaire pour crédits d'impôts pour personne handicapée (enfant ou adulte)	200 $	300 $
	Rapport pour le support scolaire (code de psychopathologie du MEQ)	350 $	450 $
	Rapport complexe rédigé par lettre suite à un questionnaire	300 $ par page	400 $ par page
	Formulaire pour médicaments ou patients d'exception	175 $	275 $
	Analyse du dossier	180 $ par 15 minutes	250 $ par 15 minutes
	Consultation téléphonique	180 $ par 15 minutes	250 $ par 15 minutes
	Renouvellement d'ordonnances sans examen	60 $	75 $
	Photocopies	10 $ la première page, 1 $ les pages suivantes	10 $ la première page, 1 $ les pages suivantes
	Frais de transfert de dossier	125 $	150 $
	Frais interurbains	20 $	20 $
	Certificat ou attestation de présence	60 $	80 $
	Certificat médical ou courte lettre	90 $	110 $
Autres tarifs :	Rendez-vous manqué, sans préavis d'un jour ouvrable avant le rendez-vous. L'entente écrite doit être présentée au début du suivi.	225 $	275 $
	Forfait administratif. En cabinet privé, il est possible d'offrir une option au patient, c'est-à-dire, le paiement d'un forfait administratif pour couvrir l'ensemble des services non assurés tels les rapports d'assurances ou les consultations téléphoniques.		800 $ à 2 000 $
Services privés : Ces tarifs sont facturés entièrement à l'extérieur du cadre de la RAMQ.	Conférencier	3 000 $ ou plus, selon l'expertise du conférencier	
	Modérateur	1 250 $	
	Journée de formation à titre de formateur	6 000 $ pour la journée	
	Comité aviseur	2 750 $ / demi-journée complète de disponibilité	
		5 500 $ / journée complète, plus frais et honoraires de déplacement	
	Expertise		
	Expertise indépendante	2 250 $ de base, plus 750 $ / heure pour expertise de plus de 3 h	
	Témoignage	3 000 $ / demi-journée, 6 000 $/journée complète à la cour	
	Rendez-vous manqué (évaluation), sans préavis de 3 jours ouvrables avant le rendez-vous	1 125 $ (minimum)	
	CSST		
	Consultant en bureau de santé et sécurité au travail	750 $ / heure plus les frais de secrétariat et de déplacement	
	Rendez-vous manqué	450 $	
	Arbitrage		
	Arbitrage médical en santé et sécurité au travail	2 400 $ de base, plus 800 $ / heure pour arbitrage de plus de 3 h	
	Rendez-vous manqué avec avis <72 heures	1 200 $	
	Psychanalyse (à discuter en fonction de la fréquence)	275 $ (taux discrétionnaire)	

Septembre 2012

Annexe III : Grilles tarifaires comparées incluant loi, ententes et positions MQRP

Frais accessoires pour médicaments et matériel						
	FMOQ	**AMOM**	**FMSQ**	**AMPQ**[74]	**Loi, ententes**	**MQRP**
Xylocaïne	15 $	25 $	10 - 100 $	*Non mentionné*	Coût réel[75]	Sans frais À couvrir par l'assurance médicaments
Médicament appliqué sur une plaie	10 $	Min 10 $	20 - 100 $			
Médicament injectable	15 $	25 $				
Médicament pour infiltration par site	30 $	50 $				
Aérosolothérapie	*Pas mentionné*	25 $				
Azote liquide, par site	10 $	Min. 20 $				
Vaccin	Selon coût	Selon coût + frais entreposage et administratifs				Sans frais Couvert par la santé publique
Stérilet			125 - 200 $			Sans frais À couvrir par l'assurance médicaments
Attelle immobilisation et bandage en huit	30 $	35 $	Selon coût			Sans frais Médicalement nécessaire
Formulaire médicaments d'exception	25 $	30 $	Selon durée et tarif horaire : 250-375 $/h; min 20 $	275 $	Interdiction explicite de facturer dans la *Loi sur l'assurance médicaments* présentement « non en vigueur »[76]	Sans frais Médicalement nécessaire

[74] NB : La grille tarifaire mentionne également des prix pour les services dits non assurés pour la pratique en établissement

[75] Régie de l'assurance maladie du Québec (2006), *Manuel des médecins omnipraticiens (no 100)*, c 7, règle 1.1.4.
Régie de l'assurance maladie du Québec (2006), *Manuel des médecins spécialistes (no 150)*, c 8, règle 2.1.

[76] *Loi sur l'assurance médicaments*, LRQ, c A-29, art 60.4

Frais administratifs						
	FMOQ	**AMOM**	**FMSQ**	**AMPQ**	**Loi, ententes**	**MQRP**
Frais de transport pour spécimen biologique	15 $	10 $	30 $	*Non mentionné*	Non exclu	Sans frais Inclus dans la composante technique
Photocopie : 1e page / pages supplémentaires	5 $ / 0,50 $	5 $ / 0,60 $	5 $ / 0,50 $	10 $ / 1 $		
Télécopie	15 $	20 $	10 $ x 5 pages puis 1 $ / page	*Non mentionné*		
Frais interurbain	5 $ + frais réels	5 $ + frais estimés	10-20 $	20 $		
RV non respecté	25 $	40 $	30-80 $	275 $	Non exclu[77]	
Consultation téléphonique	20 $	20 $	Selon durée et tarif horaire : 250-375 $/h; min. 25 $	250 $ / 15 min	Autorisé[78]	Sans frais Si médicalement nécessaire, doit être couvert
Renouvellement ordonnance	15 $ pour ordonnance téléphonique	25 $ pour ordonnance téléphonique	25-45 $ pour ordonnance téléphonique ou si visite pour cette seule raison	*75 $*	Autorisé[79]	Sans frais Médicalement nécessaire donc doit être couvert
Personnel administratif et de soutien	*Non mentionné*	40-75 $ / heure	40-75 $ / heure	*Non mentionné*	Illégal	Sans frais Inclus dans la composante technique
Ouverture de dossier, matériel médical, frais d'utilisation d'équipement et examen avec technologie rehaussée	*Non mentionné*	*Non mentionné*	« À déterminer »	*Non mentionné*	Illégal	Sans frais Inclus dans la composante technique
Certificat ou attestation de présence - absence	20 $ travail - école	20 $	Selon durée et tarif horaire : 250- 375 $/h; min 20 $	80 $	Exclu	Sans frais Si médicalement nécessaire, doit être couvert

[77] Collège des médecins du Québec. (2011) *Un médecin peut-il imposer des frais pour un rendez-vous non respecté?* Repéré à http://www.cmq.org/~/media/Files/BInfo/Binfo7.pdf

[78] *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*, LRQ, c A-29, r. 5, art 22.d

[79] *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*, LRQ, c A-29, r. 5, art 22.g

Forfaits						
	FMOQ	**AMOM**	**FMSQ**	**AMPQ**	**Loi, ententes**	**MQRP**
Forfaits annuels pour services non assurés	*Non mentionné*	Selon le contrat négocié avec le patient	500 - 1000 $	800 - 2000 $	Illégal	Illégal

Annexe IV : Tableau enquêtes RAMQ depuis 2011

Enquête	Illégalités	Décision de la RAMQ
2011-09-28 **Coop de Solidarité Santé La Prairie (Montérégie);** **Coop de Solidarité Santé Pointe-du-Lac (Mauricie);** **Coop Santé Gatineau (Outaouais).**	- Paiement de parts sociales et de cotisations annuelles comme condition préalable ou pour accès (ou accès plus rapide) à un médecin.	Travailler sur la perception (« il est important que les personnes sachent qu'en devenant membre de la coopérative, elles n'acquièrent pas ainsi un droit d'accès à un médecin (consentement éclairé) »).
	- Cotisation annuelle pour services non assurés	Les forfaits sont permis si non reliés à un service assuré ou à l'accès à un médecin (« Le forfait est légal pour autant qu'il ne comprenne aucun service, aucune fourniture ou aucuns frais accessoires à des services assurés, ni services assurés, ni services non considérés comme assurés et qu'il ne représente pas une condition d'accès à un médecin. La véritable nature de la cotisation est déterminante : s'il s'agit d'une contribution au financement de la coopérative, elle est légale; s'il s'agit d'un forfait, il est illégal. »)
	- Avantages pour les médecins	Pas illégal, même si peut-être contre le *Code de déontologie* (« Tout au plus, il appartiendrait aux instances disciplinaires du Collège des médecins de déterminer si de tels avantages sont déontologiquement prohibés. »)
2012-02-16 **Centre de chirurgie et de médecine Rockland inc.**	- Forfaits Santé de 250 $ et 18 750 $	- Illégal parce que nécessaire pour avoir accès à un médecin (« En l'occurrence, le Centre a exigé le paiement de ce forfait et la Clinique l'a facturé et a reçu paiement; les deux entreprises ont donc contrevenu à cet alinéa [9 de l'article 22]. ») - Contrevient aussi à 22.0.0.1 LAM

	- Services, fournitures ou frais inclus dans les forfaits	Illégal : Les « frais préopératoires et postopératoires liés à une chirurgie assurée (ex. : frais d'ouverture de dossier, frais pour le questionnaire préopératoire par l'infirmière, frais d'accompagnement à la chirurgie par une infirmière, services d'enseignement et d'information, suivi téléphonique postopératoire, etc.) et en fournitures accessoires à un service assuré (ex. : anneau gastrique) [...] ne peuvent être facturés car ils ne font pas partie des frais accessoires prescrits ou prévus dans une entente qui peuvent, en vertu de l'alinéa cité au paragraphe précédent, être facturés aux personnes assurées. »
	- Montant versé aux anesthésiologistes pour garde	Contrevient à l'alinéa 4 de l'article 22.
2012-03-22 Clinique Globale Santé Express de Blainville	- Bilan annuel comme pré-requis pour voir un médecin	Illégal : « Le paiement d'un montant pour un bilan de santé ne doit en aucun temps constituer une condition préalable pour accéder aux services d'un médecin. »
2012-03-22 Clinique chirurgicale de Laval	- Double facturation : à la RAMQ et à une association sportive mise en place pour ces fins	Illégal : « [L'entente] permet d'exiger d'une personne assurée qu'elle verse une somme liée à des services assurés et dispensés par un professionnel de la santé soumis à l'application d'une entente. Le fait que cette somme transite par un tiers payeur, en l'occurrence le Carrefour, ne permet pas de faire indirectement ce qui est clairement interdit par la Loi. »

2013-01-17 **Plexo Médiclub**	- Frais exigés pour la prestation de services assurés	Illégal : « Certains services inclus dans le plan Leader Plus, tels que l'examen médical complet, sont des services assurés au sens de la Loi. Or, aucuns frais ne devraient être engagés par une personne assurée pour recevoir un service assuré, sauf si son paiement est autorisé par la Loi et prévu dans les ententes négociées entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'organisme représentatif des médecins concernés.
	- Privilèges d'accès à un médecin liés à l'adhésion	Illégal : « [Il] ressort de l'enquête que les personnes assurées qui adhèrent au plan se voient avantagées comparativement aux autres personnes assurées [...] ce qui est contraire à l'esprit de la Loi. »
	- Rémunération des médecins participants pour des services assurés	Illégal : « l'alinéa 4 de l'article 22 de la Loi précise qu'un 'professionnel de la santé soumis à l'application d'une entente ne peut exiger ni recevoir, pour un service assuré, que la rémunération prévue à l'entente et à laquelle il a droit [...]' ».
	- Facturation de frais aux personnes assurées sous la forme de forfaits (850 $ à 1470 $)	Illégal : « En vertu de la Loi, le paiement d'un service non assuré peut être obtenu d'une personne assurée lorsque ce service a été rendu par le médecin et que celle-ci a reçu une facture détaillée des frais demandés. Ainsi, un forfait, même si son coût est affiché, ne respecte pas toutes les exigences de la Loi. »

	- Non affichage des frais exigés	Illégal : « En l'espèce, les frais apparaissant sur les documents fournis par la clinique ont été comparés avec les frais qui seraient affichés à la vue du public. Il en ressort que les frais exigés pour les services inclus dans les trois plans de la Formule excellence MédiClub sont rarement affichés, ce qui contrevient à la Loi. »
2012-02-28 Service de concierge pédiatrique Medisys 123	- Facturation d'un forfait aux personnes assurées	Illégal : « Il s'agit donc clairement d'un forfait incluant des services médicaux non assurés et non considérés comme assurés. De tels forfaits sont interdits puisqu'ils contreviennent aux dispositions de l'article 22.0.0.1 de la Loi sur l'assurance maladie. »
	- Accès aux médecins participants de la Clinique Medisys 123 sur paiement de 975 $	Illégal : « Cette situation implique l'existence d'une condition d'accès à un médecin, sous la forme du versement d'un montant d'argent, ce qui est prohibé par la Loi sur l'assurance maladie. »

Annexe V : Rappel de la RAMQ à propos de la facturation des frais illégaux

Régie de l'assurance maladie Québec

INFOLETTRE

www.ramq.gouv.qc.ca

199

À l'intention des médecins omnipraticiens
des médecins spécialistes

21 décembre 2010

Rappel à propos de la facturation de frais illégaux

La Régie continue d'être préoccupée par différentes pratiques qui feraient en sorte que les patients puissent être appelés à payer des frais illégaux pour obtenir des services médicaux assurés.

Du fait que le nombre de situations portées à notre attention continue d'augmenter et de la nature particulière de certaines de celles-ci, nous vous adressons ce rappel lié aux principes d'universalité et d'accessibilité aux services médicaux couverts.

D'abord, la *Loi sur l'assurance maladie* interdit à toute personne d'exiger une contribution financière, de quelque manière que ce soit, à une personne assurée pour avoir accès ou avoir une priorité d'accès à un médecin pour des services assurés. À titre d'exemple, une contribution financière exigée sous forme de forfait pour avoir un accès prioritaire à un médecin est interdite.

La gratuité des services médicaux assurés est un principe fondamental de la *Loi sur l'assurance maladie*. Les exceptions à ce principe sont limitées et font l'objet d'un encadrement légal et réglementaire précis.

Ainsi, des frais peuvent être exigés seulement :

- par un médecin non participant ou;
- pour des services non assurés ou non considérés assurés ou;
- à titre de compensation pour les seuls frais accessoires prévus aux ententes.

De plus, le médecin participant exerçant en cabinet privé ou dans un centre médical spécialisé (CMS) est tenu d'afficher, à la vue du public dans la salle d'attente du cabinet ou du CMS, le tarif des services, fournitures et frais accessoires qu'il rend. Il en va de même pour les services médicaux non assurés ou non considérés comme assurés rendus. Cette affiche doit aussi faire mention du recours que la personne assurée peut entreprendre auprès de la Régie. Une facture détaillée indiquant le tarif réclamé et payé pour chacun des services, fournitures et frais accessoires et pour chacun des services médicaux non assurés ou non considérés comme assurés qui ont été rendus, doit aussi être remise à la personne assurée. La Régie considère que les frais et services non assurés facturés sous la forme d'un forfait mais qui n'ont pas tous été rendus lors du paiement sont illégaux. Il en est ainsi des forfaits trimestriels ou annuels, aussi appelés « block fees ». Cette interprétation n'est cependant pas partagée par l'ensemble de la communauté médicale.

La Régie posera les gestes appropriés afin que les médecins, les cliniques et toutes autres personnes qui exigent le paiement d'une somme d'argent pour donner accès à des services assurés se conforment à la Loi. Ainsi, selon la nature des faits constatés, la Régie pourra exiger une modification des pratiques jugées non conformes. Un remboursement des sommes demandées indûment et payées par les personnes assurées pourrait aussi être exigé. Advenant un refus du professionnel ou du tiers impliqué de se conformer au cadre légal et réglementaire, les actions légales appropriées seront envisagées.

Courriel	Téléphone		Télécopieur		NOS PRÉPOSÉS SONT EN SERVICE
services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca	Québec	418 643-8210	Québec	418 646-9251	DU LUNDI AU VENDREDI,
	Montréal	514 873-3480	Montréal	514 873-5951	DE 8 H 30 À 16 H 30
	Ailleurs	1 800 463-4776			(MERCREDI DE 13 H À 16 H 30)

Enfin, la Régie tient à vous informer qu'elle a préparé des chroniques sur ce sujet. Au cours des prochains mois, elles paraîtront dans L'Actualité médicale afin de rejoindre le plus grand nombre possible de professionnels.

Dans le même ordre d'idée, en début d'année 2011, la Régie rendra disponible de l'information à la population du Québec concernant les frais ne pouvant lui être facturés ainsi que la démarche à prendre pour obtenir un remboursement le cas échéant.

Annexe VI : Lettre de MQRP au CMQ au sujet du rapport du groupe de travail en éthique clinique sur les frais facturés aux patients

Le 4 février 2013

Docteur Charles Bernard
Président-directeur général
Collège des médecins du Québec
2170, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal, QC
H3H 2T8

Objet : Rapport du groupe de travail en éthique clinique au sujet des frais facturés aux patients

Cher docteur Bernard,

Le 22 septembre 2011, le rapport « Les médecins et les frais facturés aux patients : une logique et des balises déontologiques à respecter »[1] rédigé par le groupe de travail en éthique clinique était adopté par le comité exécutif du Collège des médecins du Québec.

Notre organisation étant très préoccupée par la prolifération des frais facturés aux patients, nous avons lu avec attention et intérêt ce rapport lorsqu'il a été rendu public à l'automne 2012 ainsi que l'article le présentant dans la revue Le Collège, vol 52(4)[2].

Nous nous adressons aujourd'hui à vous à la recherche de précisions et clarifications au sujet de certaines affirmations et prises de position du groupe de travail publiées dans le rapport.

Du point de vue légal

Tel que mentionné dans vos deux publications, les patients sont de plus en plus souvent confrontés à la facturation de frais lors de consultations médicales en cabinet, les raisons invoquées étant très variées.
Comme vous le savez, la *Loi sur l'assurance maladie* repose sur les principes d'universalité, d'accessibilité et de gratuité des services médicaux assurés. Il interdit à toute personne d'exiger ou de recevoir un paiement d'une personne assurée pour un service assuré, une fourniture ou des frais accessoires à ce service. Les exceptions à ce principe sont limitées : les seuls frais légalement facturables aux patients se limitent à ceux demandés par des médecins non participants, ceux exigés par des médecins participants pour des services non considérés comme assurés par l'assurance-maladie ou pour les frais accessoires prévus aux ententes[3], qui sont par ailleurs encadrés avec précision, le médecin ne pouvant facturer que le coût des médicaments, des agents anesthésiques, des attelles et des plâtres lorsqu'ils sont administrés ou appliqués en cabinet.

En conséquence, les frais supérieurs au coût réel du médicament, les forfaits annuels, les frais d'adhésion et d'ouverture de dossiers, entre autres, sont illégaux. Bien que l'article introduisant le rapport semble proposer une interprétation différente, il n'existe pas de service médical partiellement couvert : les nouveaux traitements sont par défaut couverts par l'assurance maladie, puisqu'ils ne font pas partie de la liste des actes explicitement exclus. Ces nuances nous semblent importantes.

Du point de vue de l'accès

La prolifération des frais aux usagers a un effet très concret sur l'accès aux soins et ne représente pas « pour un patient et son médecin, […] un moindre mal comparé à la possibilité d'être privé d'un soin jugé nécessaire »[4].

Il nous semble que le Collège, dont le mandat est notamment d'assurer la protection du public, devrait également demeurer très sensible à la protection de l'*accès* public aux soins. L'article 41 du *Code de déontologie des médecins* indique d'ailleurs que le médecin doit collaborer au maintien et à l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des services médicaux auxquels une population doit avoir accès.

La prolifération des frais exigés pour des soins médicalement nécessaires met pourtant en péril l'accès à certains services pour les patients qui n'ont pas les moyens de les payer. Tel qu'affirmé par le docteur Yves Robert : « Les frais exigés aux patients ne devraient pas donner un accès prioritaire aux services d'un médecin. Les seuls critères valides pour qu'un médecin donne priorité à un patient devraient être de nature médicale »[5].

Le Collège devrait donc à notre avis réaffirmer que la capacité de payer ne doit pas déterminer la facilité de l'accès aux soins, et non ouvrir la porte à la possibilité d'utiliser des frais qui ont l'effet contraire.

Du point de vue déontologique

Plusieurs de ces pratiques nous semblent également aller à l'encontre de notre code de déontologie. En effet, l'article 104 indique, d'une part, que le médecin ne doit réclamer que des honoraires qui sont justifiés par la nature et les circonstances des services professionnels rendus et l'article 106, d'autre part, que le médecin doit s'abstenir de réclamer des honoraires pour des services professionnels non rendus.

Dans le cas précis des frais facturés pour des médicaments et agents anesthésiques administrés en cabinet, il semble y avoir de plus en plus de médecins participants qui contredisent l'article 104 en exigeant des frais beaucoup plus élevés que la valeur réelle des médicaments administrés, comme cela a pu être documenté notamment chez les ophtalmologistes, pour le traitement de la dégénérescence maculaire et comme on peut le constater de plus en plus chez les gastroentérologues pratiquant des endoscopies digestives en cabinet.

Du point de vue du rôle du Collège des médecins

La RAMQ dirigeant depuis plusieurs années vers le Collège les plaintes formulées par les patients ayant dû payer un montant plus élevé que la valeur réelle du médicament ou de l'agent anesthésique administré et l'article 104 du *Code de déontologie des médecins* nous apparaissant très clair, nous aurions aimé obtenir dans ce rapport des balises plus claires pour les membres du Collège.

N'est-ce le rôle du Collège de ramener ses membres à l'ordre en leur rappelant qu'ils ne peuvent facturer de frais illégaux et de sanctionner des pratiques contraires au *Code de déontologie* ?

A cet égard, il nous semble que le Collège devrait interpeller la RAMQ afin qu'elle joue mieux son rôle, notamment en mettant en place les mesures nécessaires pour mettre fin aux pratiques illégales plutôt que de rediriger les plaintes vers le Collège.

Du point de vue de la mixité de pratique

Nous partageons le point de vue du groupe de travail à l'effet que la désassurance de certains services et les frais d'adhésion mettent en péril l'indépendance professionnelle des médecins[6]. Il nous apparaît donc contradictoire de lire que le groupe de travail du Collège estime que « si la pratique mixte n'est pas une solution, son interdiction n'en est pas une non plus »[7]. D'une part, il nous semble que la question de la mixité déborde largement la question des frais facturés aux patients. D'autre part, nous sommes inquiets par ce qui semble être une ouverture du Collège à la mixité de pratique, pourtant interdite au Québec, et surtout, contraire à l'intérêt des patients.

À plusieurs reprises dans le rapport est invoqué l'article 63 du *Code de déontologie des médecins,* qui stipule que le médecin doit sauvegarder en tout temps son indépendance professionnelle et éviter toute situation de conflit d'intérêts, notamment lorsque les intérêts en présence pourraient le pousser à reléguer au second plan ceux de ses patients.

La mixité de pratique nous paraît justement prêter flanc aux conflits d'intérêts. Nous pouvons prendre l'exemple de la radiologie, qui constitue au Québec la seule pratique de type mixte de facto à large échelle : en raison de l'exclusion de la couverture par l'assurance maladie de certains examens d'imagerie (échographie, tomodensitométries, résonnance magnétique) effectués hors établissement, les radiologistes peuvent pratiquer, comme vous le savez, à la fois en milieu hospitalier (où ils sont rémunérés par l'État) et dans leurs cliniques privées (où ils facturent directement au patient des prix non balisés et variables selon les cliniques).

Les listes d'attente de plus en plus longues dans les hôpitaux créent pourtant un marché croissant pour ces cliniques privées, qui fondent leur marketing sur des délais d'accès beaucoup plus courts, pour des examens paradoxalement effectués par les mêmes radiologistes et les mêmes technologues à l'aide de machines semblables.

Cette mixité de pratique, créée par la désassurance hors établissement, nous semble une mauvaise utilisation des ressources médicales, techniques et des appareils d'imagerie, car elle en entraîne un drainage du public vers le privé. Elle explique ainsi une part des difficultés croissantes dans l'accès public à l'imagerie. Le Québec disposant de plus de radiologistes, de technologues et de machines par habitant que le reste du Canada[8], il est paradoxal que les délais dans le système public soient plus longs.

On compromet ainsi l'accès public, déterminé par le besoin du patient, tout en élargissant graduellement la porte à un accès privé déterminé par les moyens, alors que les listes d'attente délétères rencontrées dans le système public sont contraires à l'intérêt des patients. Le Collège pourrait se montrer plus sensible à ces réalités, d'autant plus que la situation pourrait largement s'améliorer si, comme en Ontario, la pratique de la radiologie se déployait essentiellement dans le cadre public de couverture. Nous pensons que cette mixité de pratique place de surcroît les radiologistes en situation de conflit d'intérêts.

C'est pour ces raisons que nous sommes préoccupés par la position du groupe de travail, qui semble remettre en question l'interdiction de la mixité de pratique. En effet, lever cette interdiction étendrait à l'échelle de notre profession les problèmes rencontrés en radiologie, sans résoudre quoi que ce soit.

Nous pensons donc que le Collège des médecins du Québec devrait plutôt émettre des réserves sur la position du groupe de travail et soutenir l'interdiction de mixité de pratique qui est une des clés de voûte de notre système public.

Le Collège peut et doit agir

Nous comprenons que la question de l'accès ne repose pas sur les épaules du Collège des médecins. Cependant, le mandat du Collège des médecins reste celui de protéger une médecine de qualité au service du public et de s'assurer du respect de son *Code de déontologie*.

Nous continuons d'être très inquiets par la prolifération des frais facturés aux usagers par les médecins : les médecins ne doivent pas facturer des frais illégaux ni exiger des sommes plus élevées que la valeur réelle du service rendu. Dans le cadre du régime public d'assurance maladie, aucuns frais ne doivent être facturés aux patients pour des soins médicalement nécessaires.

Nous croyons que la situation pourrait se régler aisément si le ministre de la Santé et des Services sociaux retirait la possibilité de facturer pour les médicaments et agents anesthésiques administrés en cabinet, ce qui ne poserait d'ailleurs aucun problème puisque tous les citoyens québécois sont dorénavant inscrits à un régime d'assurance médicaments.

Par ailleurs, les médecins étant rémunérés en cabinet pour la composante technique, il serait préférable de régler ces questions par la voie de la négociation avec les fédérations plutôt qu'en refilant ces frais aux patients pour des services médicalement requis.

Pour toutes ces questions, nous pensons que le Collège est en mesure d'agir positivement et de participer à la recherche de solutions qui prennent en compte le caractère essentiellement public de notre système de santé, les principes d'accès selon les besoins et non les moyens et la protection des patients. Il en va de la crédibilité de notre profession et de la santé de nos patients.

Veuillez accepter, docteur Bernard, l'expression de nos sentiments les plus distingués.

Alain Vadeboncoeur MD
Président

Camille Gérin
Vice Présidente

[1] Collège des médecins du Québec. *Les médecins et les frais facturés aux patients : une logique et des balises déontologiques à respecter.* Rapport du groupe de travail en éthique clinique, 2012.
[2] Robert, Yves. « Frais facturés aux patients : comment y voir clair? » *Le Collège,* vol 52, no 4, 2012. [3] http://www.ramq.gouv.qc.ca/sitecollectiondocuments/professionnels/infolettres/2010/info199-0.pdf
[4] Robert, Yves. « Frais facturés aux patients : comment y voir clair? » *Le Collège,* vol 52, no 4, 2012, p 11.
[5] Robert, Yves. « Frais facturés aux patients : comment y voir clair? » *Le Collège,* vol 52, no 4, 2012, p 12.
[6] Collège des médecins du Québec. *Les médecins et les frais facturés aux patients : une logique et des balises déontologiques à respecter.* Rapport du groupe de travail en éthique clinique, 2012, p 11
[7] Collège des médecins du Québec. *Les médecins et les frais facturés aux patients : une logique et des balises déontologiques à respecter.* Rapport du groupe de travail en éthique clinique, 2012, p 15.
[8] Médecins québécois pour le régime public. *La mixité en radiologie : un modèle à deux vitesses en voie de propagation.* Rapport du CA à l'Assemblée générale des membres, 2012, p 15-18.

Annexe VII : Réponse du CMQ à MQRP au sujet des frais facturés aux patients

COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

Le 19 février 2013

Docteur Alain Vadeboncoeur
Président
Docteur Camille Gérin
Vice-Présidente
Médecins québécois pour le régime public
304-5225, rue Berri
Montréal QC H2J 2S4

Objet : Frais facturés aux patients

Chers collègues,

Votre lettre du 4 février 2013 concernant les avis que nous avons émis au sujet des frais facturés aux patients nous donne l'opportunité d'apporter des précisions sur plusieurs points, à commencer par le rôle du Collège des médecins du Québec.

Le rôle et le mandat du Collège des médecins du Québec

Précisons d'abord que la juridiction du Collège des médecins du Québec telle que définie par le *Code des professions du Québec* et la *Loi médicale* se limite à la qualité d'exercice de ses membres, inscrits ou ayant été inscrits au tableau de l'ordre, et à l'immatriculation des étudiants et résidents en médecine. Il effectue également, en partenariat avec d'autres instances nationales, l'agrément des programmes de formation offerts dans quatre Facultés de médecine du Québec. Son mandat de protection du public s'inscrit dans cette juridiction, contrairement à la compréhension ou au souhait, souvent exprimé, que pourraient avoir des individus ou des organisations. Ainsi, l'organisation des services de santé, incluant les services médicaux, leur accessibilité de même que leur financement ne relèvent pas de la juridiction du Collège, mais plutôt de celle des autorités politiques du Québec, en particulier du ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec. Les ententes concernant la rémunération des médecins participants au régime d'assurance maladie pour les services médicaux couverts par ce régime, sont d'ailleurs négociées entre le Ministère et les fédérations médicales dûment mandatées à cet effet. Dans sa planification stratégique 2011-2015, le Conseil d'administration du Collège a résolu de concentrer ses activités sur la mission première qui lui est confiée et de contribuer à l'accessibilité aux soins à l'intérieur de sa juridiction notamment en contribuant à la collaboration interprofessionnelle.

2170, boulevard René-Lévesque Ouest, Montréal (Québec) H3H 2T8 | 514 933 4441 | 1 888 MÉDECIN | 514 933 3112 | www.cmq.org

Docteur Alain Vadeboncoeur
Docteur Camille Gérin
Médecins québécois pour le régime public
Le 19 février 2013

La position du Collège des médecins du Québec en matière de frais chargés aux patients

Tant et aussi longtemps que la presque totalité des médecins étaient participants au régime public d'assurance maladie et que celui-ci couvrait la majorité des soins médicalement requis, les différends concernant les honoraires des médecins étaient plutôt rares au Québec. Lorsqu'un patient souhaitait occasionnellement contester des frais facturés par un médecin, il pouvait, et peut toujours, diriger sa plainte auprès de la Direction des enquêtes où un processus de conciliation ou de médiation est alors mis en place en vertu de notre *Règlement sur la conciliation des comptes*. C'est principalement par cette voie, en plus de plusieurs reportages ou questionnements de journalistes, que nous avons constaté l'émergence de situations de plus en plus nombreuses au cours des dernières années où des frais sont facturés aux patients.

Le Collège a tenu une conférence de presse le 15 mars 2011 pour dénoncer ces situations et demander à tous les acteurs concernés de clarifier les règles du jeu. (Voir communiqué de presse à cette adresse courriel) :

http://www.cmq.org/fr/Medias/Profil/Commun/Nouvelles/2011/2011-03-15/communique.aspx).

Par la suite, le Collège a clarifié les règles déontologiques en rapport avec la rémunération des médecins.

Pour nous, la réalité est beaucoup plus complexe que ce que votre lettre laisse entendre. Le recensement de toutes les situations qui ont été portées à notre attention nous laisse croire qu'une solution simple et unique ne pourra les résoudre toutes, bien au contraire. L'interdiction pure et simple des « frais accessoires», attrayante à première vue, s'avère simpliste dans les faits.

L'émergence des frais comme symptôme des faiblesses des ententes et des lois actuelles

Vous semblez croire que les ententes sur les frais dits « accessoires », conclues il y a plus de quarante ans et jamais mises à jour depuis, sont soit adéquates, soit inutiles. Pour nous, ce n'est pas le cas. En effet, de plus en plus d'interventions effectuées dans les établissements peuvent maintenant l'être en cabinet, ce qui n'était pas prévu aux ententes initiales. Si les honoraires médicaux sont couverts, les ententes ne prévoient pas les modalités de financement des appareillages devenus nécessaires à certains actes médicaux. L'absence de mise à jour de ces ententes explique une grande partie des frais actuellement facturés aux patients. C'est le cas, entre autres, des appareils d'endoscopie et des appareils d'imagerie médicale.

Le traitement de la dégénérescence maculaire offre un exemple récent de ce dernier cas. En effet, le traitement de cette condition nécessite l'administration intra-oculaire de médicaments. Pour ce faire, un appareil d'imagerie médicale d'une valeur d'environ 100 000 $ est nécessaire. Or, rien n'a été prévu à cet égard. Dans une telle situation, que doit faire le médecin ophtalmologiste? Déontologiquement, il est tenu d'offrir le traitement requis par l'état du patient. Devant un système public incapable de s'adapter à cette nouvelle réalité, malgré des efforts répétés et infructueux des médecins auprès d'autorités hospitalières soucieuses de respecter leurs contraintes budgétaires, certains ophtalmologistes ont décidé d'acheter eux-mêmes ces appareils et d'offrir le traitement en cabinet. Mais comme aucune entente ne prévoyait (et ne prévoit toujours pas) comment défrayer le coût de ces appareils en dehors des établissements, puisqu'il y a quarante ans seuls les médicaments avaient été considérés, ils ont utilisé le subterfuge des médicaments ophtalmiques pour amortir le coût d'achat des appareils et pouvoir offrir le traitement requis par leurs patients. Il était illégal, par défaut, de charger des coûts autres que ceux prévus à l'entente d'il y a quarante ans. Il aura fallu un recours collectif et une entente hors cour pour que les autorités politiques acceptent de rembourser les patients qui ont pu avoir accès au traitement en cabinet grâce à l'initiative des ophtalmologistes. Croyez-vous vraiment que le Collège devait sévir contre ces médecins si les frais facturés étaient justifiés? Nous sommes d'avis que non. La situation décrite correspond dans la réalité à un service que nous considérons « partiellement couvert ». De croire, comme vous l'écrivez, que « les nouveaux traitements sont par défaut couverts par l'assurance maladie », relève selon nous de la pensée magique et peut avoir des conséquences tragiques.

La solution n'est pas déontologique mais politique

L'autre exemple que vous soulevez, celui de l'échographie en cabinet, est également intéressant. Il est incompréhensible que ce service médical d'investigation de base ne soit couvert qu'en établissement et qu'il ne le soit pas en cabinet. Cette aberration devait être corrigée au printemps 2012 et l'annonce publique en avait été planifiée. L'agenda électoral en aura décidé autrement. Force est de constater que l'échographie en cabinet n'est toujours pas couverte. Là encore, ce n'est pas en sévissant contre les médecins radiologistes que le malade sera mieux servi.

Nous communiquons régulièrement avec la RAMQ chargée de voir au respect de la *Loi sur l'assurance maladie* et ses règlements. Mais au-delà des mandats respectifs de la RAMQ et des ordres professionnels, il reste de nombreuses zones grises à couvrir. À cet égard, la tolérance face à l'émergence de modèles coopératifs en première ligne contraste avec l'intolérance à l'égard des médecins en cabinet.

Dans tous ces exemples, ce n'est pas tant le Code de déontologie des médecins qui est en cause, mais bien la capacité du système public de santé à couvrir adéquatement les services théoriquement couverts et à clarifier, si besoin est, les règles de couverture et de financement.

Enfin, nous sommes surpris que vous ayez vu dans le rapport du groupe de travail une « ouverture » à la mixité de la pratique. La réalité que nous dénonçons est l'absence de règles claires. C'est une ambigüité qui semble faire l'affaire de plusieurs acteurs, mais qui nous trouble. Dans son rapport, le groupe de travail a voulu clarifier les règles déontologiques entourant la rémunération. En dernière analyse, il réaffirme le fait que, même pour un service médical non couvert, le médecin, participant ou non, ne peut facturer des frais indus, mais seulement des frais basés sur les coûts réels. Ce qui devrait diminuer de beaucoup l'attrait que pourraient exercer la prestation de services non couverts ou l'exercice hors régime s'ils étaient laissés sans encadrement. Sans régler toute la question de la pratique mixte, cette analyse n'est sûrement pas sans intérêt.

La couverture des services, l'accessibilité et l'organisation des soins de santé, ainsi que leurs modalités de financement relèvent d'abord et avant tout des autorités politiques. Le mandat du Collège est de s'assurer que quelle que soit cette organisation de services et son mode de financement, la qualité des services médicaux soit la meilleure possible. C'est dans le sens de la clarification des règles du jeu que le Collège fait pression plutôt que dans le sens d'une couverture publique à tout prix. Plus ces règles seront claires, plus les médecins seront en mesure de respecter leurs obligations déontologiques, et plus la population sera en mesure de comprendre et de débattre des choix politiques qui sont faits en leur nom par les élus.

Espérant ces clarifications utiles, je vous prie d'accepter, chers collègues, l'expression de mes sentiments distingués.

Le président-directeur général,

Charles Bernard M.D.
CB/YR/cb

Annexe VIII : Réponse de MQRP aux changements proposés au *Code de déontologie* du CMQ

Montréal, le 27 février 2013

Docteur Charles Bernard
Président-directeur général
Collège des médecins du Québec

Docteur Yves Robert
Secrétaire
Collège des médecins du Québec

OBJET : Changements proposés au *Code de déontologie*.

Chers collègues,

Nous vous écrivons, comme groupe de médecins membres du Collège des médecins du Québec, en réponse à la consultation touchant la mise à jour du *Code de déontologie* des médecins.

Un certain nombre de changements prévus nous apparaissent inquiétants, autant pour nos patients que le Collège doit défendre que pour les médecins eux-mêmes.

Article 73.

La modification apportée nous apparaît problématique. Nous comprenons la phrase : « … à l'exception des examens et des traitements qu'il effectue lui-même » comme une exception à la règle édictée à l'effet que « le médecin doit s'abstenir 1. de rechercher ou d'obtenir un bénéfice direct ou indirect par l'ordonnance d'appareils, d'examens, de médicaments ou de traitements ».

L'adoption de cet article rédigé tel quel supposerait que le médecin pourrait sans problème déontologique rechercher ou obtenir « un bénéfice direct ou indirect » en effectuant « lui-même » des « examens et des traitements ». Comment comprendre autrement la modification?

Ceci ouvrirait la porte au fait que les médecins pourraient rechercher des bénéfices directs, par exemple des profits indus, notion dorénavant retirée du *Code*, en effectuant ces « examens et traitements », et ce, même s'il s'agit de services couverts par le régime public d'assurance-maladie. Autrement dit, le médecin pourrait se sentir libre de profiter du financement public pour son propre bénéfice.

Il s'agit d'une ouverture problématique à la recherche de profit que le Collège ne devrait ni encourager ni tolérer.

Article 79

Le retrait de l'article 79 nous apparaît incomplètement compensé par les modifications apportées à l'article 77. En effet, il est fait mention dans l'article 79 abrogé que le médecin doit non seulement informer ses patients (à qui il les prescrits), mais également les « milieux où il en fait la promotion ».
Nous comprenons que par cette modification, le médecin n'aurait plus à informer les gestionnaires d'une clinique, d'un établissement ou d'un centre de recherche, par exemple, de certaines situations (redevances et participation à une entreprise) pouvant pourtant prêter le flanc à des conflits d'intérêts, ce qui pourrait avoir pour effet de ne pas faire passer les intérêts du patient avant les siens propres.
Nous pensons que ce retrait est problématique et que le contenu devrait être repris ailleurs.

Article 106

Cette modification ouvre la porte à la notion de forfaits annuels, qui nous apparaît hautement problématique pour diverses raisons.

D'abord, elle nous apparaît contraire à la loi, qui proscrit l'existence de tels forfaits. Nous trouvons curieux qu'un règlement puisse aller contre une loi traitant du même sujet.
Par ailleurs, nous pensons que de laisser aux médecins la possibilité de « convenir avec le patient du paiement d'un forfait annuel couvrant un ensemble de services non assurés par le régime d'assurance-maladie du Québec » peut conduire à des problèmes réels d'équité d'accès.

Il nous apparaît douteux qu'on puisse faire payer un patient pour un service dont il n'aura peut-être jamais besoin et qui ne sera donc jamais réalisé. Ensuite, la loi stipule que le médecin doit fournir au patient un reçu contenant la description des tarifs rendus, ce qui ne peut être fait si les services ne sont jamais rendus.

Enfin, nous pensons que toute barrière tarifaire est contraire à l'esprit tant de la *Loi sur l'assurance maladie* que de la *Loi canadienne sur la santé* et que le Collège peut difficilement cautionner un règlement qui aurait pour effet de rendre possible une telle pratique. Or, il nous apparaît clair qu'un forfait constitue une barrière à l'accès, puisque certains ne pourront pas le payer.

On ne peut affirmer pour défendre cette proposition qu'en convenant (sous-entendu : de plein gré) « avec le patient du paiement d'un forfait annuel », ce dernier est libre ou non d'adhérer à cette proposition ni que sa relation thérapeutique ou son accès au médecin ne seront pas affectés.

En effet, il est fort possible que le médecin ou le personnel mette une certaine pression sur les patients pour accepter ces forfaits, et qu'un traitement différentiel soit établi en cas de refus. Comme le médecin n'est pas obligé d'établir une relation thérapeutique avec quiconque, en dehors d'une situation d'urgence, il pourrait très bien favoriser ses patients qui auront « convenu » d'un tel forfait.

Nous croyons même que non seulement cette modification ne doit pas être adoptée, mais que l'article 106 dans sa version précédente devrait être modifié pour en retirer la seconde phrase : "le médecin visé à l'article 105 peut toutefois exiger une avance raisonnable pour couvrir les frais et honoraires reliés à l'exécution de ses services professionnels". Il nous apparaît en effet que c'est la notion même de forfait qui était ici déjà amenée, sans être explicitement nommée.

Article 63.1

Différentes modifications à des articles importants du Code de déontologie nous apparaissent de plus en contradiction avec l'article 63.1 proposé, qui lui nous apparaît rédigé de manière tout à fait appropriée.

On y indique en effet que des « ententes administratives » « ne doivent en aucune façon influencer l'exercice professionnel du médecin, tant au regard de la qualité des soins que de leur disponibilité » et que « les seuls critères valides pour qu'un médecin donne priorité à un patient doivent être de nature strictement médicale ».

La modification à l'article 73 prête le flanc à ce que le médecin puisse donner priorité à un patient en fonction des bénéfices auxquels il pourrait prétendre plutôt que de critères strictement médicaux liés au besoin.

De même, si, comme le veut la modification proposée à l'article 77, le médecin n'a plus à informer les cliniques et hôpitaux où il oeuvre de situations potentielles de conflit d'intérêts, alors il prête également le flanc à faire passer ses propres intérêts devant et à la place de ceux de sa clinique ou de son établissement et avant ceux de ses patients, ce qui contreviendrait à l'article 63.1.

Enfin, la possibilité de mettre en place un forfait annuel nous apparaissant répondre d'une logique où l'accès pourrait être compromis, nous croyons également que cette proposition est en conflit avec l'article 63.1 proposé.

Il faut résoudre les contradictions avec d'autres articles en travaillant plutôt sur les autres articles ou en retirant ces propositions.

Conclusion

Le *Code de déontologie* s'inscrit dans un cadre légal qui interdit les frais aux usagers (sauf de rares exceptions) pour les services médicalement requis. Nous pensons que le Collège ne doit pas effectuer de modifications qui nous paraissent déroger à ce cadre et ne nous apparaissent pas dans le meilleur intérêt des patients, que le Collège a pour premier rôle de protéger.

De plus, nous constatons que plusieurs de ces modifications semblent répondre aux impératifs d'activités médicales de plus en plus commerciales, ayant pour effet de différencier l'accès en fonction des moyens et non des besoins, une orientation que ne doit pas encourager le Collège.

Enfin, l'esprit dans lequel semblent être rédigés les articles relevés dans cette lettre ne nous apparaît pas, comme il devrait l'être, entièrement orienté vers la défense de l'équité d'accès pour nos patients.

Nous vous proposons donc de modifier les articles mentionnés de manière à confirmer le rôle fondamental des médecins et du Collège qui les regroupe dans la défense et la promotion de soins accessibles, disponibles, sans frais et de qualité.

Veuillez accepter, chers collègues, l'expression de nos sentiments les plus distingués ,

Alain Vadeboncoeur MD
Président

Camille Gérin MD
Vice-présidente

Annexe IX : Extraits pertinents du rapport Chicoine

COMITÉ DE TRAVAIL SUR LES FRAIS ACCESSOIRES

ADDITIONS POSSIBLES AUX FRAIS ACCESSOIRES :

Liste des catégories de services accessoires qui devraient être remboursables aux médecins

1. Le coût de médicaments et de substances injectables et du stérilet.
2. Le matériel et les fournitures nécessaires pour effectuer des tests diagnostiques sur le sang, l'urine et les sécrétions (test de grossesse, test d'urine, glycémie capillaire, prélèvements microbiologiques).
3. Le matériel et les instruments requis pour effectuer des épreuves fonctionnelles (ÉCG, MAPA, épreuve de fonction respiratoire, audiométrie, non-stress test).
4. Les accessoires médicaux qui peuvent faire l'objet de location (béquilles).
5. Les instruments requis pour effectuer diverses techniques médicales dans un contexte facultatif (scopies, biopsies utérine ou cutanée, vasectomie, avortement).
6. Le matériel associé au fait d'effectuer des examens physiques et des traitements courants en cabinet (*speculum* vaginal, anuscope, seringues et aiguilles, sonde vésicale, pansements).
7. Les instruments et le matériel requis pour effectuer diverses techniques médicales dans un contexte urgent (pinces, porte-aiguilles, matériel de suture, attelles préfabriquées d'immobilisation ou matériel pour confectionner attelles, éponges ou mèches pour tamponnement d'épistaxis).

Dans tous les cas, ces frais doivent tenir compte du coût des appareils et de l'infrastructure requis pour effectuer les services.

Source FMOQ

PROPOSITIONS DE LIBELLÉ POUR FRAIS ACCESSOIRES

Article 2.1

En cabinet privé, le médecin spécialiste peut réclamer au patient un paiement pour certains services, fournitures ou frais accessoires à un service assuré et qui sont prévus à l'Accord-cadre ou ses annexes.

Pour plus de clarté et sans présumer de leur caractère accessoire ou non, les frais, fournitures ou services pouvant être facturés au patient comprennent ceux relatifs :

- Aux médicaments et agents anesthésiques utilisés;
- À la fourniture, l'utilisation ou l'entretien de matériel ou d'équipement médical, dont entre autres :
    - Spéculum, curette, seringue, aiguille, suture;
    - Pansement, bandage, taping, bas élastique;
    - Plâtre, attelle;
    - Stérilet, diaphragme, prothèse;
    - Plateau chirurgical, champs stérile, sonde;
    - Équipement diagnostique ou thérapeutique;
- À la gestion administrative du dossier du patient, dont entre autres :
    - Appel téléphonique;
    - Service de livraison, transmission ou messagerie;
    - Frais d'ouverture ou de gestion annuel;
- Aux services fournis par le personnel médical auquel le médecin confie l'exécution de certaines tâches.
- Aux services non médicaux dispensés par le médecin ou un membre du personnel et qui peuvent, sur une base autonome, faire l'objet d'une réclamation d'honoraires au patient.

Source FMSQ