



***Avis sur les frais accessoires en matière de santé et de services sociaux***

**à l'intention**  
**du ministre de la Santé et des Services sociaux et**  
**de la Commission de la Santé et des Services sociaux**

***Le Protecteur du citoyen***

***Le 1<sup>er</sup> octobre 2015***



## TABLE DES MATIÈRES

|   |    |
|---|----|
| INTRODUCTION .....  | 1  |
| CONTEXTE.....   | 1  |
| QUELQUES DÉFINITIONS .....  | 2  |
| BRÈVE HISTOIRE DES FRAIS ACCESSOIRES.....   | 3  |
| AVIS DU PROTECTEUR DU CITOYEN SUR LES FRAIS ACCESSOIRES.....  | 5  |
| AVIS DU PROTECTEUR DU CITOYEN SUR LES FRAIS DE FONCTIONNEMENT DES CABINETS ET<br>DES CLINIQUES MÉDICALES..... | 9  |
| AVIS DU PROTECTEUR DU CITOYEN SUR LES SERVICES <i>NON ASSURÉS</i> ET LES <i>SERVICES<br/>DÉSASSURÉS</i> ..... | 10 |
| <i>Les frais liés aux services non assurés</i> .....  | 11 |
| <i>Les frais liés aux services désassurés</i> .....   | 13 |
| AVIS DU PROTECTEUR DU CITOYEN SUR LES SERVICES NON DISPENSÉS DIRECTEMENT PAR<br>LE MÉDECIN LUI-MÊME.....      | 16 |
| AVIS DU PROTECTEUR DU CITOYEN SUR LES SERVICES NON COUVERTS .....   | 18 |
| ENJEUX LIÉS AU FINANCEMENT .....  | 18 |
| <i>Graphique : Illustration (en %) des dépenses publiques et privées en santé, de 1975 à 2014...</i>          | 19 |
| CONCLUSION .....  | 21 |
| La position du Protecteur du citoyen en bref .....  | 22 |
| Liste des recommandations du Protecteur du citoyen .....  | 23 |
| ANNEXE 1 : Liste des principaux frais accessoires.....  | 28 |
| ANNEXE 2 : Glossaire des dispositions légales .....   | 30 |
| ANNEXE 3 : Liste des services non assurés par le régime public.....   | 32 |

## **INTRODUCTION**

1. Le Protecteur du citoyen veille au respect des droits des personnes en intervenant auprès des ministères et des organismes du gouvernement du Québec, ainsi qu'auprès des différentes instances du réseau de la santé et des services sociaux pour recommander des correctifs à des situations qui portent préjudice à un citoyen ou à un groupe de citoyens. Il peut agir à la suite de plaintes ou de signalements et de sa propre initiative.
2. Le Protecteur du citoyen peut également, en vue de remédier à des situations préjudiciables constatées à l'occasion de ses interventions, pour éviter leur répétition ou pour parer des situations analogues, appeler l'intention d'un dirigeant d'organisme, du gouvernement ou de l'Assemblée nationale sur les réformes législatives, réglementaires ou administratives qu'il juge conformes à l'intérêt général. C'est ainsi qu'il s'adresse à la Commission de la Santé et des Services sociaux et au ministre de la Santé et des Services sociaux sur la question des frais accessoires.
3. Le présent avis dresse un état de situation concernant les frais accessoires et les autres frais qui sont imposés à des usagers pour des services reçus en cabinet ou en clinique médicale. Il présente également différents constats du Protecteur du citoyen et se conclut en présentant la synthèse de ses positions et en regroupant ses recommandations à l'égard de ces problématiques, dont l'enjeu du financement public des services assurés.
4. S'il est vrai de dire que le débat sur l'universalité des soins de santé touche directement les personnes démunies, il est essentiel de rappeler qu'au moment de recevoir des services qui concernent sa santé physique et mentale, chaque personne présente, à maints égards et à des degrés divers, une vulnérabilité rattachée à sa condition. En ce sens, la question de l'accès aux soins de santé pour tous concerne l'ensemble de la population.

## **CONTEXTE**

5. Le Protecteur du citoyen constate l'accroissement, au fil des années, des frais qui incombent à l'utilisateur pour des services assurés : c'est-à-dire des services publics qui sont, en principe, financés à même des fonds publics. Parallèlement, les avancées médicales et technologiques, dont on se réjouit à juste titre, induisent une nouvelle problématique qui s'explique principalement par deux facteurs.
6. Le premier : au Québec, depuis les années 1970, la capacité de prodiguer des soins à la fine pointe des progrès a augmenté plus vite que la capacité collective d'en assumer le prix. Le deuxième : parallèlement, l'évolution de la pratique médicale a provoqué un déplacement progressif de l'offre publique de services du centre hospitalier vers des ressources en cabinet ou en clinique médicale. On pense ici aux percées reliées aux appareils de diagnostic et de traitement ultraperformants de même que celles réalisées en pharmacothérapie. Or, ces évolutions ont graduellement alourdi le fardeau financier des établissements publics, des cabinets et des cliniques médicales. Les compensations financières qu'ils reçoivent à cet égard couvrent de moins en moins leurs coûts réels de fonctionnement. En guise de solution alternative, les cabinets et les

cliniques médicales, plus particulièrement, ont augmenté les frais aux usagers pour faire face à cet accroissement de leurs coûts de fonctionnement.

7. Pour les citoyens, à qui la gratuité des soins est en principe acquise, le phénomène se traduit par une multiplication de frais, souvent inattendus. Mais que sont ces frais accessoires aux services assurés? Quels sont les autres frais que peuvent percevoir les médecins participant au régime public en cabinet ou en clinique médicale?
8. En matière de frais accessoires et de tarification en cabinet ou en clinique, l'expérience du Protecteur du citoyen s'appuie sur les conclusions de ses enquêtes relatives à des facturations illégales de médicaments et de services médicaux. Elle nous montre, entre autres, que la gestion de cette facturation aux usagers pose problème depuis plusieurs années. Au fil des ans, plusieurs interventions ont été réalisées par le Protecteur du citoyen et de nombreuses plaintes ont été jugées fondées, qui avaient comme point commun :
  - des frais exorbitants facturés aux usagers aux points de services pour des médicaments (par exemple, les médicaments traitant la dégénérescence maculaire en clinique médicale);
  - des forfaits pour les services médicaux non assurés ou autres (par exemple, les forfaits VIP ou les cotisations annuelles dans les coopératives);
  - des frais imposés par des sous-traitants privés qui offrent des services non assurés (par exemple, le transport et les analyses de prélèvements en cabinet ou en clinique faits par des laboratoires privés).

## QUELQUES DÉFINITIONS

9. La notion de ***frais accessoires aux services assurés***<sup>1</sup> ne fait l'objet d'aucune définition législative ou réglementaire. En effet, ni la *Loi sur l'assurance maladie*<sup>2</sup>, ni son règlement d'application<sup>3</sup> ne le précisent. Ce sont en fait les ententes entre les fédérations médicales et le ministère de la Santé et des Services sociaux qui, actuellement, établissent ces frais accessoires. Nous y reviendrons. De leur côté, les médecins participant au régime public déterminent la tarification applicable dans leur cabinet ou dans leur clinique. Voici quelques exemples de frais accessoires que des cabinets et cliniques médicales facturent aux usagers :
  - Application d'un sparadrap de 4 cm<sup>2</sup>, à la suite d'une chirurgie mineure (40 \$);
  - Pose d'un stérilet (de 125 \$ à 200 \$);
  - Injection de gouttes ophtalmiques (de 20 \$ à 300 \$);
  - Utilisation d'agents anesthésiques (de 10 \$ à 100 \$);

---

<sup>1</sup> Les annexes 1 et 2 présentent respectivement la liste des frais accessoires et un glossaire des dispositions légales applicables, où les termes identifiés en gras/italique dans le présent document sont définis.

<sup>2</sup> RLRQ, c. A-29.

<sup>3</sup> Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, RLRQ, c. A-29, r. 5.

- Utilisation d'instruments et de médicaments requis pour diverses interventions comme la coloscopie (500 \$) ou la vasectomie (150 \$).
10. L'article 22 du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*<sup>4</sup>, retranscrit à l'annexe 3, définit et énumère quant à lui les **services non assurés**, c'est-à-dire les services non couverts par le régime public et qui sont facturables aux usagers. On y trouve notamment les nombreux formulaires que doivent remplir et signer les médecins aux fins de formalités administratives. L'un d'eux est le formulaire d'évaluation de la capacité de conduire d'une personne âgée destiné à la Société de l'assurance automobile. Occasionnant des frais de 50 \$ à 300 \$, il fait fréquemment l'objet de plaintes au Protecteur du citoyen.
11. Ce même article instaure une règle selon laquelle certains **services** sont **désassurés** en cabinet ou en clinique médicale, ces services étant couverts par le régime public uniquement s'ils sont fournis aux usagers à l'hôpital. On trouve parmi ces services l'échographie (85 \$ à 300 \$), la thermographie (de 85 \$ à 300 \$), l'imagerie par résonance magnétique (de 625 \$ à 1 350 \$), et plusieurs autres également présentés à l'annexe 3. Cette différence de couverture se pratique en toute légalité. La tendance qu'on observe actuellement est que de plus en plus de services couverts à l'hôpital deviennent désassurés en cabinet ou en clinique médicale, ce qui revient à ériger une barrière financière aux usagers pour des services médicalement requis. Nous y reviendrons.

## BRÈVE HISTOIRE DES FRAIS ACCESSOIRES

12. À l'origine, en 1970, les frais accessoires étaient de légers suppléments inscrits dans une entente particulière négociée auprès des fédérations médicales et pouvant être exceptionnellement<sup>5</sup> facturés aux usagers. Ils visaient essentiellement une courte liste<sup>6</sup> de médicaments, anesthésiants et pansements qui étaient couverts à l'hôpital, mais pas en cabinet ou en clinique<sup>7</sup>. Par exemple,

<sup>4</sup> *Op. cit.*, note 3.

<sup>5</sup> *Loi sur l'assurance maladie*, art. 22 : « (...) 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 ou par un professionnel désengagé, sauf dans les cas prescrits ou prévus dans une entente et aux conditions qui y sont mentionnées. (...) ».

<sup>6</sup> RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, *Manuel des médecins omnipraticiens (n° 100)*, 2013 (MAJ 81/juillet 2015), Préambule général, art. 1.1.4 : « Le médecin peut toutefois obtenir du patient compensation pour le coût des médicaments et des agents anesthésiques utilisés (...) pour la rédaction d'un formulaire médical (...) pour la rédaction et la transmission d'un résumé de dossier (...) du coût d'achat d'un stérilet. », en ligne :

[http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/100-facturation-omnipraticiens/000\\_complet\\_acte\\_omni.pdf](http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/100-facturation-omnipraticiens/000_complet_acte_omni.pdf).

<sup>7</sup> RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, *Manuel des médecins spécialistes (n° 150)*, 2006 (MAJ 88/juillet 2015), Préambule général, règle 2 : « En cabinet privé, le médecin spécialiste peut demander au malade compensation pour certains frais de pratique que détermine ce tarif. Ces frais comprennent les médicaments et les agents anesthésiques. », en ligne :

[http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/150-facturation-specialistes/000\\_complet\\_acte\\_spec.pdf](http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/150-facturation-specialistes/000_complet_acte_spec.pdf).

les premiers frais accessoires prescrits dans les ententes avec les fédérations médicales concernaient certains frais additionnels pour les bandages de dimensions irrégulières ou la fourniture d'un stérilet. Pour ce qui est des autres exceptions pour les médicaments et agents anesthésiques, elles remonteraient à 1987 à la suite d'une demande faite par l'Association des dermatologues du Québec<sup>8</sup>.

13. Contrairement à la plupart des conventions collectives avec d'autres groupes professionnels, celles conclues avec les médecins prévoient la possibilité d'une négociation permanente par voie d'amendements aux ententes existantes. Cette négociation permanente permet aux parties de s'entendre soit pour modifier un tarif, soit pour ajouter des frais accessoires qui n'étaient pas compris dans le tarif entendu. À la suite d'une demande d'une fédération médicale, des discussions sont entreprises avec les négociateurs ministériels et, si les deux parties en arrivent à un accord, le document est alors soumis à l'approbation du lieutenant-gouverneur en conseil, pour s'ajouter à l'entente existante<sup>9</sup>.
14. De 1970 à 2015, la liste des frais accessoires s'est allongée et complexifiée de façon importante. Pourtant, encore aujourd'hui, il est toujours illégal de facturer pour les **services assurés** et pour les frais accessoires à ces services « sauf dans les cas prescrits ou prévus dans une entente et aux conditions qui y sont mentionnées »<sup>10</sup>. La règle générale demeure l'interdiction et le caractère exceptionnel de la facturation des frais accessoires est régi par des ententes. Tel que précédemment mentionné, il est par ailleurs surprenant de constater qu'il n'existe aucune définition dans la loi ou les règlements des **frais accessoires aux services assurés** et, qu'ainsi, la pratique a pu trouver une ouverture dans la loi et l'exploiter d'une façon qui devient de plus en plus insoutenable pour les usagers.
15. Dans le but de mieux baliser la pratique médicale et à la suite d'une augmentation des plaintes concernant la tarification de certains services médicaux, dont les frais accessoires, le Collège des médecins du Québec proposait, en décembre 2014, une révision de son code de déontologie<sup>11</sup>, avec mise en vigueur dès janvier 2015. Bien que l'entrée en vigueur de certains articles du Code, concernant plus particulièrement la réclamation aux usagers de montants disproportionnés pour les médicaments administrés ou les appareils installés, ait été reportée à une date ultérieure par décret du gouvernement<sup>12</sup>, l'impact a été immédiat.

---

<sup>8</sup> Requête amendée pour autorisation d'exercer un recours collectif (30 juin 2015), *Léveillé c. Procureur général du Québec et al.*, C.S. Montréal, n° 500-06-000695-144, en ligne : <http://grenierverbauwhede.ca/affaires/raerc.pdf>, p.36 et 43.

<sup>9</sup> L'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie*, permet au ministre, avec l'approbation du Conseil du trésor, de conclure avec les organismes représentatifs de toute catégorie de professionnels de la santé, toute entente pour l'application de cette loi.

<sup>10</sup> *Loi sur l'assurance maladie*, art. 22, al. 4 et 9.

<sup>11</sup> *Décret 1113-2014 concernant le Règlement modifiant le Code de déontologie des médecins*, (2014) 146 G.O. II, 4586.

<sup>12</sup> *Décret 587-2015, concernant le report de l'entrée en vigueur des articles 14 et 17 du Règlement modifiant le Code de déontologie des médecins* (2015) 147 G.O. II, 1887B.

16. Des cliniques médicales ont en effet menacé de fermer et des médecins ont soulevé la possibilité de cesser d'offrir certains services médicaux en raison du sous-financement des frais de fonctionnement de leur cabinet ou de leur clinique médicale. La réponse ministérielle viserait certains changements à la réglementation des frais accessoires ainsi que certains autres *services non assurés*, ce sur quoi nous reviendrons.

## **AVIS DU PROTECTEUR DU CITOYEN SUR LES FRAIS ACCESSOIRES**

17. Le Protecteur du citoyen rappelle qu'une motion sans préavis, adoptée à l'unanimité sans débat par l'Assemblée nationale<sup>13</sup> en juin 2013 et concernant la pratique des frais accessoires, se lisait comme suit :

« Que l'Assemblée nationale presse le ministre de la Santé et des Services sociaux de mettre fin à la pratique des frais accessoires, notamment par une campagne d'information auprès des médecins et des patients, par une application plus rigoureuse de la *Loi sur l'assurance maladie* et en interdisant la pratique des forfaits annuels;

Que l'Assemblée nationale mandate le ministre de la Santé et des Services sociaux de faire en sorte que tous les soins médicalement nécessaires soient couverts ».

18. Par d'éventuels changements législatifs et réglementaires, le ministre de la Santé et des Services sociaux envisagerait de créer un comité mandaté pour établir les frais dits « acceptables »<sup>14</sup>. Par la suite, un expert indépendant nommé par le ministre verrait à fixer les tarifs associés. Dès lors, les médecins pratiquant en cabinet pourraient facturer ces nouveaux frais « acceptables » aux usagers sur la base du prix coûtant, majoré de 10 % à 15 % pour couvrir les frais administratifs et l'entreposage.
19. À l'égard des frais accessoires aux services assurés dans le cadre du régime public, les questionnements du Protecteur du citoyen portent sur la nature des frais acceptables que pourraient facturer les médecins aux usagers, aux points de services que constituent les cabinets et les cliniques médicales. Est-ce bien aux seuls usagers qu'il revient d'assumer l'entièreté de ces frais? Après réflexion, il appert que le Protecteur du citoyen ne saurait souscrire à toute forme de tarification ou de taxation qui ne soit pas juste pour les citoyens, c'est-à-dire autre que publique.
20. Pour le Protecteur du citoyen, une facturation directe aux usagers des frais accessoires aux services assurés compromet les principes d'universalité et d'accessibilité à la base du régime public. On introduirait ici, en effet, des barrières financières qui limiteraient l'accès aux services assurés médicalement requis. Affectant l'ensemble de la population, ces contraintes pénaliseraient davantage certains segments de la population. Il importe ici de nommer des groupes de personnes qui seraient parmi les plus touchés par les changements envisagés, soit des personnes :

---

<sup>13</sup> *Journal des débats de l'Assemblée nationale*, 40<sup>e</sup> législature, 1<sup>ère</sup> session, vol. 43, n° 66, 13 juin 2013.

<sup>14</sup> Source : Déclaration du ministre de la Santé et des Services sociaux, rapportée par le journal *Le Devoir*, 17 juin 2015.

- à revenu moyen, en particulier celles qui n'ont pas d'assurance privée;
- sans emploi;
- au travail, mais à faible revenu;
- en difficulté ou en perte d'autonomie;
- aux prises avec une maladie chronique;
- victimes d'abus et d'agressions graves;
- aux prises avec un problème de santé mentale;
- avec un handicap physique, intellectuel ou un trouble du spectre de l'autisme;
- avec une dépendance (alcool, drogues, jeux);
- itinérantes.

21. En matière de protection des droits fondamentaux des usagers, le Protecteur du citoyen est d'avis que réglementer l'imposition de frais accessoires aux services assurés médicalement requis entraînerait des difficultés d'accès, que rencontreraient alors les personnes vulnérables. Cette situation, consécutive de l'imposition de frais accessoires, ne respecterait pas le droit à la sécurité des Québécois, en plus d'ignorer deux principes qui sont l'essence même du régime public, l'universalité et l'accessibilité<sup>15</sup>. La Cour Suprême<sup>16</sup> l'a confirmé, être privé de l'accès aux services médicalement requis viole le droit à la vie et le droit à l'intégrité, tous les deux protégés par l'article 1 de la *Charte des droits et libertés de la personne*<sup>17</sup>.

22. Ces principes ont également été inscrits dans les diverses lois québécoises qui définissent le régime public. La *Loi sur les services de santé et les services sociaux*<sup>18</sup> renferme différentes dispositions qui réfèrent, à des degrés divers, à ces principes. La *Loi sur l'assurance maladie*<sup>19</sup>, la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*<sup>20</sup> et leurs règlements d'application<sup>21</sup> définissent quant à elles le cadre à l'intérieur duquel la fourniture des services de santé et leur financement sont assumés en vertu du régime public. L'esprit et l'objectif de la législation en la matière sont de promouvoir, pour tous les Québécois, l'accès à des soins de santé de la meilleure qualité possible, sans égard à leur capacité de payer.

23. L'imposition de frais accessoires aux services assurés, donc médicalement requis, entraîne la réalité suivante : les personnes qui bénéficient d'une assurance privée ou de revenus élevés peuvent s'offrir des services sans se soucier outre mesure des coûts. Plusieurs parmi les autres ne pourront s'offrir ces services ou, pire, y renonceront au détriment de leur état de santé. L'impact

---

<sup>15</sup> *Loi canadienne sur la santé*, R.C. 1985, c. 6, art. 7.

<sup>16</sup> *Chaoulli c. Québec (Procureur général)*, [2005] 1 RCS 791.

<sup>17</sup> RLRQ, c. C-12, art. 1.

<sup>18</sup> *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, c. S-4.2.

<sup>19</sup> *Op.cit.*, note 2.

<sup>20</sup> RLRQ, c. A-28.

<sup>21</sup> *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*, RLRQ, c. A-29, r. 5; *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation*, RLRQ, c. A-28, r. 1.

délétère sur la santé des frais imposés aux points de services est solidement démontré<sup>22</sup>, au Québec comme ailleurs.

24. C'est pourquoi cette formule de financement, qui s'est développée au cours des dernières décennies, ne fait pas preuve d'équité entre les individus. Cette façon de faire risque de contribuer à l'émergence d'un système à deux vitesses : une voie rapide en clinique pour ceux qui ont les moyens de payer et une voie lente menant à l'hôpital pour les autres. De plus, ne laisser qu'au seul *Code de déontologie des médecins*<sup>23</sup> la capacité de limiter les abus dans la tarification des usagers par certains médecins demeure, de l'avis du Protecteur du citoyen, une solution insuffisante sur le plan de la protection du public.
25. Les enquêtes du Protecteur du citoyen font ressortir, entre autres, que la gestion des frais accessoires pose problème, notamment pour le traitement inéquitable de nombreux citoyens porteurs de la dégénérescence maculaire liée à l'âge, qui ont été lésés. Ceux-ci s'étaient adressés à la clinique externe d'ophtalmologie de leur hôpital pour obtenir des injections de Lucentis, médicament antiangiogénique usuel et facilement accessible pour le traitement efficace de cette maladie. Les ophtalmologistes les ont plutôt dirigés vers la clinique médicale à laquelle ils sont rattachés, l'hôpital ne leur permettant plus d'offrir ce soin. Ces citoyens se sont alors fait facturer par les médecins spécialistes des frais d'administration du médicament – d'ailleurs très variables d'une clinique à l'autre – alors que son administration aurait été gratuite en milieu hospitalier.
26. Dans les cas de surfacturation du Lucentis, médicament valant environ 15 \$ qui a été facturé aux usagers à 200 \$ voire 230 \$ et même 300 \$, c'est le terme « compensation » qui est utilisé dans l'entente entre la fédération des médecins spécialistes et le ministre de la Santé et des Services sociaux. Pour le Protecteur du citoyen, l'utilisation du terme compensation devrait exclure légalement toute réclamation supérieure aux frais encourus, puisque cette notion réfère à la neutralisation des déboursés, à l'annulation des coûts. Ainsi, un médecin ne peut récupérer en facturant un patient que ce qu'il lui en coûte pour un médicament qu'il lui administre. Dans le dossier du Lucentis, les sommes exigées par les médecins en compensation des médicaments administrés nous apparaissent sans commune mesure avec leurs coûts réels, et donc non conformes au libellé et à l'esprit de la Loi.
27. En sus des problèmes éthiques et déontologiques qu'il suscite, ce cas illustre que la Régie de l'assurance maladie (ci-après « Régie ») n'assure pas de manière satisfaisante les devoirs de contrôle de la rémunération qui lui sont pourtant dévolus dans sa loi constitutive<sup>24</sup>. De l'avis du Protecteur du citoyen, la Régie doit s'assurer du respect de l'article 22 de la *Loi sur l'assurance maladie* et, plus précisément, qu'aucune somme ne soit exigée d'un patient pour un service assuré. En dépit des dispositions législatives actuelles, il appert que la Régie manque de moyens

---

<sup>22</sup> Voir notamment : Ministère de la santé et des services sociaux, *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre les générations*. Rapport du groupe de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux, 2005.

<sup>23</sup> RLRQ, c. M-9, r.17.

<sup>24</sup> *Loi sur la Régie de l'assurance maladie*, RLRQ, c. R-5, art. 2, al. 2 b).

concrets pour faire respecter sa loi constitutive, comme l'indiquent les conclusions des enquêtes du Protecteur du citoyen en certaines situations.

28. À la suite d'un recours collectif, l'injection du Lucentis a été réintroduite parmi les services assurés, la Régie semblant impuissante à faire respecter sa loi constitutive. Toutefois, de nombreux autres cas de surfacturation ont été documentés depuis, par exemple, les importants frais exigés pour une coloscopie en clinique médicale (500 \$). Il est par conséquent essentiel que la Régie intervienne et assume ses responsabilités concernant la facturation des frais accessoires. Sa loi constitutive lui confie un mandat de contrôle de la rémunération des professionnels et, à l'usage, des précisions semblent requises à cet égard.

### **La facturation des frais accessoires aux points de services**

#### **Considérant :**

Qu'à l'origine, en 1970, les frais accessoires étaient regroupés dans une courte liste de légers suppléments inscrits dans une entente particulière négociée auprès des fédérations médicales, et pouvant être exceptionnellement facturés aux usagers;

Qu'au fil des ans, ces frais accessoires facturés en cabinet et en clinique médicale ont nettement augmenté et ont perdu leur caractère d'exception;

Que différents modes de facturation hors normes sont apparus et sont de plus en plus fréquemment exigés des usagers;

Que l'imposition de frais accessoires aux services assurés médicalement requis ne respecterait pas le droit à la sécurité garanti par la *Charte des droits et libertés de la personne*;

Que la Régie de l'assurance maladie du Québec doit assurer pleinement ses devoirs de contrôle de la rémunération dévolus dans sa loi constitutive;

Qu'une motion sans préavis a été adoptée à l'unanimité par l'Assemblée nationale, en juin 2013, pour que le ministre de la Santé et des Services sociaux mette fin aux frais accessoires.

#### **Le Protecteur du citoyen recommande :**

**R-1** Qu'un amendement à la *Loi sur l'assurance maladie* interdise la facturation aux usagers des frais accessoires pour les services assurés, aux points de services que constituent les cabinets et les cliniques médicales.

**R-2** Qu'un amendement à la *Loi sur l'assurance maladie*, dote la Régie de l'assurance maladie du Québec des pouvoirs requis pour qu'elle accomplisse de manière adéquate ses devoirs de contrôle de la rémunération des médecins.

## AVIS DU PROTECTEUR DU CITOYEN SUR LES FRAIS DE FONCTIONNEMENT DES CABINETS ET DES CLINIQUES MÉDICALES

29. On l'a vu, depuis 1970 la gestion des frais accessoires – dont la liste ne cesse de s'allonger – a été détournée de ses fins premières. En fait, la multiplication des frais accessoires a été utilisée par les médecins pour compenser la hausse des frais de fonctionnement conséquents aux avancées technologiques et pharmacologiques soutenant l'évolution de la pratique médicale en cabinet ou en clinique médicale.
30. Par avancées technologiques, on entend ici l'ajout de nouveaux appareils diagnostiques performants, mais également le développement et l'utilisation de la thérapie médicamenteuse – soit l'évolution de la pharmacothérapie en cabinet et en clinique médicale – permettant souvent d'éviter l'hospitalisation. Au fil du temps, les coûts de plusieurs de ces avancées technologiques ont été utilisés pour compenser l'augmentation réelle des frais de fonctionnement des cabinets et des cliniques médicales. Le rapport du comité de travail sur les frais accessoires (rapport Chicoine) est éloquent à ce sujet : « Le problème des frais accessoires en est plutôt un de frais de fonctionnement »<sup>25</sup>.
31. Ce rapport précise également que depuis que les avancées technologiques permettent de déployer des examens diagnostiques et des procédures thérapeutiques hors du centre hospitalier, les frais pour la composante technique des soins dispensés en cabinet ont augmenté en concomitance. Toutefois, l'approche de négociation des fédérations médicales et du ministère de la Santé et des Services sociaux ne permet pas d'isoler de façon comptable les frais de fonctionnement comme éléments distincts de la composante technique. Pour l'ensemble des médecins, la proportion du revenu réalisée en cabinet ou en clinique aurait ainsi diminué de 38 % à 30 % entre 1997 et 2007. Selon la Régie<sup>26</sup>, les frais de cabinet sont estimés sur une base historique (pour les généralistes et les spécialistes), à hauteur de 35 % de la masse globale des revenus en cabinets (70 % dans le cas de la radiologie en raison du coût des équipements). Ils représentent, en moyenne 47 977 \$ pour les généralistes et 409 795 \$ pour les spécialistes.
32. À la suite du rapport Chicoine, le rapport du Groupe de travail sur le financement du système de santé<sup>27</sup> recommandait, en 2008, de résoudre la question des frais accessoires par leur suppression aux points de service et d'utiliser la négociation d'ententes entre les fédérations médicales et le ministère de la Santé et des Services sociaux pour les compenser. La mise en œuvre d'un programme permanent de réévaluation des frais administratifs et de révision de la tarification des services complétait leurs recommandations à cet égard. En somme, les frais accessoires devraient être remplacés par des sources de revenus encadrées par le régime public, et dont le financement serait assuré par les réductions des dépenses identifiées par le groupe de travail.

---

<sup>25</sup> Jean-Pierre CHICOINE, *Comité de travail sur les frais accessoires*, Rapport au ministre de la Santé et des Services sociaux, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1<sup>er</sup> octobre 2007, p. 5.

<sup>26</sup> Étude des crédits 2015-2016, Régie de l'assurance maladie du Québec, *Réponses aux questions générales et particulières*, document n° CSSS-036 déposé le 5 mai 2015, Questions 360 et 361, p. 140 à 142.

<sup>27</sup> Claude CASTONGUAY, Joanne MARCOTTE et Michel VENNE, *En avoir pour notre argent*, Rapport du groupe de travail sur le financement du système de santé, Gouvernement du Québec, 2008, p. 261.

33. Le Protecteur du citoyen constate que pour compenser des frais fixes de fonctionnement, on utilise un pourcentage du revenu individuel, lequel varie grandement d'un médecin à l'autre, et ce, pour toutes sortes de motifs. Les mécanismes de compensation équitable des frais de fonctionnement des cabinets et des cliniques médicales apparaissent aujourd'hui incontournables, compte tenu de l'interdiction des frais accessoires.

### **Les frais de fonctionnement des cabinets et des cliniques médicales**

#### **Considérant :**

Que la pression sur les coûts de fonctionnement des cliniques médicales a donné lieu à une volonté de couvrir la composante technique à l'aide d'une interprétation large des frais accessoires, en particulier de la notion de médicament;

Qu'au fil du temps, la liste des frais accessoires s'est allongée et a été utilisée afin de compenser une partie des frais de fonctionnement des cabinets et des cliniques médicales;

Que les coûts de plusieurs frais accessoires ont été haussés arbitrairement pour compenser l'augmentation des frais de fonctionnement relatifs à l'évolution de la pratique médicale;

Que deux comités d'experts mandatés pour étudier la question ont recommandé la révision de l'approche historique et une compensation des frais de fonctionnement des cabinets et des cliniques médicales selon les coûts réels.

#### **Le Protecteur du citoyen recommande :**

**R-3** Que la Régie de l'assurance maladie du Québec dresse le portrait des frais de fonctionnement des cabinets et des cliniques médicales, évalue leurs coûts réels et des scénarios de financement.

**R-4** Que le ministère de la Santé et des Services sociaux propose aux fédérations médicales, à la suite de l'évaluation de la Régie de l'assurance maladie, un régime de compensation selon les coûts réels des frais de fonctionnement des cabinets et des cliniques médicales.

### **AVIS DU PROTECTEUR DU CITOYEN SUR LES *SERVICES NON ASSURÉS* ET LES *SERVICES DÉASSURÉS***

34. Les frais accessoires ne sont pas les seuls objets d'une tarification en cabinet ou en clinique médicale, comme nous l'avons évoqué précédemment. Les services non assurés et les services désassurés sont également l'objet d'une tarification. Parmi les **services non assurés**, on peut citer en exemple les services réalisés à des fins purement esthétiques, les soins dentaires et les services d'optométrie à la population adulte<sup>28</sup> ou encore ceux exigés à des fins administratives, comme les

---

<sup>28</sup> Les enfants de moins de 10 ans pour les soins dentaires et de moins de 18 ans pour les services d'optométrie et les personnes à faible revenu et disposant d'un carnet de réclamation sont couvertes pour ces services en vertu du régime public.

nombreux formulaires où l'expertise médicale et la signature du médecin sont requises<sup>29</sup>, soit pour bénéficier d'un programme ou d'une assurance publics, soit pour répondre aux exigences d'un régime d'assurance privé.

35. Quant aux **services désassurés**, ils incluent de plus en plus de services couverts à l'hôpital, mais non en clinique médicale, comme l'ultrasonographie (échographie) ou l'imagerie par résonance magnétique. On y retrouve également les services non dispensés directement par le médecin lui-même qui, dans certains cas, sont facturables aux usagers en clinique médicale, telles les prises de sang, prélèvements et prise de pression artérielle faits par les infirmières à la clinique. La liste des services non couverts par le régime public est précisée par règlement<sup>30</sup>. Cette liste, présentée à titre indicatif à l'annexe 3, est relativement longue, s'est allongée au fil du temps et continue de le faire, à l'instar de celle des frais accessoires.

#### Les frais liés aux services non assurés

36. Parmi les services non assurés, certains réalisés à des fins administratives entraînent une problématique particulière, comme les nombreux formulaires administratifs de tous ordres, exigés des services publics et des compagnies privées. De plus, il existe de nombreux autres services qui n'ont tout simplement pas été considérés comme devant faire partie de la couverture publique, et qui n'ont donc pas été inclus au panier de services par les gouvernements qui se sont succédé au fil du temps.
37. C'est ainsi que sont devenus des services facturables aux usagers les visites ou les demandes par téléphone (par exemple celles faites pour renouveler une ordonnance), l'examen non relié à un processus de guérison ou de prévention de la maladie, incluant les vaccins et l'immunisation, la chirurgie réfractive de l'œil (par laser), tout service rendu au conjoint d'un médecin ou à ses enfants, les ententes ou contrats de services avec un employeur, les actes d'acupuncture, les services de radiologie ou d'anesthésie en vue de dispenser un service non assuré.
38. À cet égard, il devient important de bien circonscrire ce qui est déjà couvert, et donc payé par la Régie, des sommes facturables aux usagers en toute légalité. Sans encadrement adéquat de ce type de frais facturables aux usagers, le risque est grand d'ouvrir la porte à des abus. En renforçant les éléments propres à assurer la protection des usagers, on peut éviter ces écueils pour qu'ils paient un juste prix pour leurs services non assurés.
39. Reprenons l'exemple d'un objet fréquent de plaintes au Protecteur du citoyen, celui des frais exigés pour le formulaire d'évaluation de la capacité de conduire d'une personne âgée (de 50 \$ à 300 \$). Cet exemple suscite des questionnements sur l'encadrement adéquat de ce type de frais facturables aux usagers. Est-il vraiment équitable qu'une personne âgée ait à déboursier 300 \$ pour une telle évaluation alors qu'une autre aurait à payer 50 \$? S'agit-il de la même évaluation? En bref, il est essentiel de retenir qu'une évaluation de l'ensemble de frais administratifs

---

<sup>29</sup> Des exceptions existent comme la constatation du décès ou l'examen médico-légal des victimes d'agressions sexuelles.

<sup>30</sup> *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, op. cit.*, note 3, art. 22.

facturables aux usagers est à réaliser, dans l'optique que toute solution appliquée ne pénalise pas indûment l'utilisateur.

40. Si le Protecteur du citoyen considère que les services réalisés à des fins administratives sont facturables, le montant de cette facturation ne devrait cependant pas être abusif. La Régie devrait le justifier dans le cadre de son évaluation des coûts réels des frais de fonctionnement des cabinets et des cliniques médicales, ce qui apporterait un éclairage utile à ce sujet. Un encadrement strict des frais administratifs facturables aux usagers devrait ensuite découler de l'entente devant être négociée entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et les fédérations médicales pour l'ensemble des frais administratifs.
41. Le Protecteur du citoyen le réitère, le seul rempart contre les abus que constitue actuellement le *Code de déontologie des médecins* s'avère insuffisant pour assurer la protection du public. Il faut proscrire les pratiques de facturation non conformes, abusives voire illégales, de certains médecins. Ces frais doivent impérativement être connus des usagers et demeurer dans les limites légales et raisonnables; la Régie doit en surveiller l'application avec des moyens de contrôle adéquats.

### **L'encadrement de la facturation des services non assurés**

#### **Considérant :**

Que les services non assurés réalisés à des fins administratives ne sont pas médicalement nécessaires;

Que les médecins participant au régime public ne sont pas rémunérés en vertu de ce régime pour la dispensation des services non assurés réalisés à des fins administratives, énumérés à l'article 22 du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*;

Que les services non assurés réalisés à des fins administratives nécessitent d'être fixés selon leurs coûts réels dans le cadre de l'évaluation des frais de fonctionnement des cabinets et des cliniques médicales;

Qu'un encadrement des services non assurés réalisés à des fins administratives pouvant être facturés aux usagers est requis, afin de contrer et de prévenir les abus à l'endroit des usagers.

#### **Le Protecteur du citoyen recommande :**

**R-5** Que le ministère de la Santé et des Services sociaux propose aux fédérations médicales, à la suite de l'évaluation de la Régie de l'assurance maladie, un régime de compensation selon les coûts réels des frais de fonctionnement des cabinets et des cliniques médicales, incluant l'encadrement des services non assurés réalisés à des fins administratives.

**R-6** Qu'un amendement à la *Loi sur l'assurance maladie* confie la responsabilité de l'encadrement de la facturation des services non assurés à la Régie de l'assurance maladie du Québec, en axant son action sur la diligence, la qualité de la surveillance et les moyens de contrôle requis.

Les frais liés aux services désassurés

42. Le *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*<sup>31</sup> instaure une règle selon laquelle certains services aux usagers sont considérés assurés lorsqu'ils sont fournis à l'hôpital, mais deviennent non couverts par le régime public lorsqu'ils sont offerts en cabinet ou en clinique médicale. On trouve principalement parmi ces services chargés aux usagers en clinique : l'ultrasonographie (échographie), l'imagerie par résonance magnétique et la tomодensitométrie, la thermographie, la mammographie, l'usage des radionucléides in vivo, la tomographie optique du globe oculaire et l'ophtalmoscopie confocale, l'ablation chirurgicale d'une dent ou d'un fragment dentaire, l'injection de substances sclérosantes dans les veines variqueuses. Les services désassurés présentés à l'annexe 3 ont généralement la caractéristique d'être couverts gratuitement uniquement en centre hospitalier.
43. Cette différence de couverture se pratique en toute légalité. La tendance que le Protecteur du citoyen observe actuellement est que de plus en plus de services couverts à l'hôpital deviennent désassurés en cabinet ou en clinique, ce qui instaure une barrière financière aux usagers pour des services médicalement requis.
44. Néanmoins, deux exceptions – qu'il faut souligner – existent par rapport à cette règle générale. La première concerne la couverture publique de certains services désassurés en clinique dans le cadre de programmes publics provinciaux. Par exemple, le programme québécois de dépistage du cancer du sein permet aux femmes, âgées de 50 à 69 ans, l'accès gratuit à une mammographie (à l'hôpital ou en clinique privée) tous les deux ans afin de prévenir le cancer du sein. La deuxième exception concerne la possibilité d'obtenir gratuitement certains services diagnostiques désassurés, à condition que le service ne soit pas disponible en centre hospitalier, mais médicalement requis et prescrit par un médecin participant au régime public. Il s'agit, par exemple, d'obtenir une tomодensitométrie (CT-Scan entre 300 \$ à 600 \$ environ) en clinique de radiologie privée parce que l'appareil est défectueux à l'hôpital, ou que les résultats sont requis en urgence.
45. Au fil du temps, des pratiques très discutables se sont développées dans le réseau public à l'égard des services qui deviennent désassurés dès qu'ils ne sont plus dispensés en centre hospitalier. Des citoyens se plaignent, avec raison, de cet état de fait. Par exemple, une personne se présente à l'urgence d'un hôpital afin d'obtenir des services médicaux spécialisés et est référée pour un service de consultation dans la clinique médicale privée où exerce l'un de ses spécialistes. La secrétaire de la clinique l'inscrit sur la liste d'attente et lui explique que les services de consultation avec le spécialiste sont couverts par la Régie, mais pas les traitements qu'il lui prodiguera.
46. Insatisfaite d'être facturée pour des traitements médicalement requis, cette personne reçoit comme réponse du commissaire aux plaintes et à la qualité des services du centre hospitalier d'origine que les services spécialisés sont offerts en priorité aux usagers de l'hôpital et qu'aucune requête d'usagers externes n'est traitée. Comment se fait-il qu'un centre hospitalier puisse

---

<sup>31</sup> *Op.cit*, note 3.

désassurer implicitement certains services médicalement requis et qu'il n'ait pas jugé bon d'en aviser l'utilisateur? Pourquoi doit-il être facturé en clinique privée alors que ces mêmes services sont offerts gratuitement au centre hospitalier?

47. Outre les services diagnostiques qui sont couverts uniquement en milieu hospitalier – l'ultrasonographie (échographie) par exemple – les usagers se plaignent également au Protecteur du citoyen que certains médicaments<sup>32</sup> requis pour des traitements en oncologie soient facturables en ambulatoire, en cabinet ou en clinique médicale. En effet, le protocole de traitement qui est appliqué pour combattre le cancer d'une personne aura une incidence sur la nature des frais encourus et demeurera facturables aux usagers. Ce protocole est établi par l'équipe soignante sous la responsabilité du médecin traitant et varie d'un usager à l'autre, en fonction de l'évolution de la maladie. Règle générale, la chimiothérapie intraveineuse doit se donner à l'hôpital sous la supervision du médecin qui prend en charge l'utilisateur.
48. Toutefois, il peut arriver qu'il soit préférable de combiner la chimiothérapie intraveineuse à un autre traitement qui sera injecté préalablement en ambulatoire, lorsque le protocole le prévoit. Puisque ce second traitement est dispensé en dehors de l'hôpital, c'est l'utilisateur qui défraie les coûts du médicament injecté. Parfois, le protocole de traitement vient nuancer les possibilités que l'hôpital prenne à sa charge les médicaments en ambulatoire, mais en général, c'est l'utilisateur qui défraie les coûts du médicament et c'est ce que prévoit le cadre légal applicable. Les pires problèmes surviennent lorsque ce médicament particulier ne fait pas partie de la liste des médicaments admissibles du régime général d'assurance médicaments<sup>33</sup>. Dans cette situation, les usagers doivent en défrayer la totalité des coûts.
49. De la même manière que les centres hospitaliers se délestent de leur mission en étant tentés de diminuer leur offre de services et de diriger les usagers vers les cabinets et les cliniques médicales, les professionnels exerçant en cabinet ou en clinique médicale ne doivent pas diminuer leurs propres services afin que ceux-ci soient dispensés par un tiers que l'utilisateur sera tenu de payer. Par exemple, un usager diagnostiqué diabétique dans une clinique externe d'un hôpital se retrouve avec un problème très sérieux au niveau de la vue. Mais pour être référé en ophtalmologie dans le même hôpital, il doit consulter un optométriste en clinique privée et ses services ne sont pas couverts par le régime public. Il porte plainte au Protecteur du citoyen.
50. L'enquête révèle que l'optométrie offerte en clinique privée est considérée comme la première ligne de l'ophtalmologie, qui est un service spécialisé qui se retrouve dans les hôpitaux. Seuls les services en milieu hospitalier sont couverts par le régime public. Pour le Protecteur du citoyen, il s'agit d'un problème d'intégration des services qui mène à un contournement du régime public. L'accessibilité réelle et gratuite aux services médicalement requis est remise en question par ces pratiques.

---

<sup>32</sup> *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation*, RLRQ, c. A-28, r. 1, art. 3 : pour être couverts par le régime public, les médicaments doivent être administrés dans le centre hospitalier.

<sup>33</sup> *Loi sur l'assurance médicaments*, RLRQ, c. A-29.01.

51. Dans le contexte de la réorganisation du réseau qui résulte de la création des centres intégrés de santé et des services sociaux (CISSS) et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), en avril 2015, la nouvelle organisation des services se basera de plus en plus sur la dispensation des services médicalement requis hors de l'hôpital et référera des usagers vers les cliniques médicales spécialisées. Le fait que ces services, pourtant médicalement requis, soient couverts en centre hospitalier, mais non en clinique amène le Protecteur du citoyen à conclure qu'une adaptation de la réglementation s'impose pour tenir compte de l'étendue réelle de la couverture faisant partie du panier de services publics.
52. En somme, dans un proche avenir, la situation décrite ci-dessus risque de prendre une tangente qui apporterait peu de bénéfices concrets aux usagers sur le plan de l'accès gratuit aux services médicalement requis, surtout pour ceux dispensés hors du centre hospitalier. Le Protecteur du citoyen est d'avis que cette clarification réglementaire devrait faire en sorte de garantir plus spécifiquement que certains services dispensés hors du milieu hospitalier demeureront assurés.

### **L'étendue réelle du panier de services publics**

#### **Considérant :**

Que l'évolution de la gouvernance, de l'organisation du réseau et des pratiques médicales se fera de plus en plus vers des points de services hors du milieu hospitalier;

Que plusieurs services désassurés sont essentiels au maintien d'une bonne santé des usagers, c'est-à-dire qu'ils sont médicalement nécessaires;

Que les services désassurés ne sont couverts qu'en centre hospitalier, ce qui ne respecte pas le principe d'universalité des services médicalement nécessaires;

Que les médicaments requis pour certains protocoles de soins ne sont pas couverts hors du milieu hospitalier;

Que les médecins participant au régime public ne sont pas rémunérés pour la dispensation de ces services désassurés et énumérés à l'article 22 du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*;

Qu'une importante réflexion s'impose sur l'étendue réelle de la couverture faisant partie du panier de services publics et sur ce qui pourrait être facturé aux usagers.

#### **Le Protecteur du citoyen recommande :**

**R-7** Que le *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie* soit modifié afin que les services suivants soient considérés comme services assurés : l'ultrasonographie (échographie), l'imagerie par résonance magnétique, la tomodensitométrie, la thermographie, la mammographie, l'usage des radionucléides in vivo, la tomographie optique du globe oculaire et l'ophtalmoscopie confocale, l'ablation chirurgicale d'une dent ou d'un fragment dentaire et l'injection de substances sclérosantes dans les veines variqueuses.

**R-8** Que l'article 3 du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation* soit modifié afin d'inclure la fourniture des médicaments à la liste des services assurés dans le cas de bénéficiaires recevant des services d'un centre hospitalier sans y être hébergés.

## **AVIS DU PROTECTEUR DU CITOYEN SUR LES SERVICES NON DISPENSÉS DIRECTEMENT PAR LE MÉDECIN LUI-MÊME**

53. La *Loi sur l'assurance maladie*<sup>34</sup> est claire au sujet des services médicaux assurés : seuls les services médicaux dispensés par le médecin lui-même sont assurés. En conséquence, les services non dispensés directement par le médecin deviennent de plus en plus facturables aux usagers en cabinet et en clinique médicale. Il s'agit, par exemple, d'actes posés par les infirmières en clinique. D'autres services infirmiers en clinique comme les examens de base (pression artérielle) et certains tests cliniques (électrocardiogramme) peuvent également être facturés aux usagers. Il s'agit d'une tendance qui s'est développée au cours des dernières années : celle des bilans de santé préventifs ou préparatoires à la consultation médicale en première ligne, ou encore celle des bilans pré et post opératoires dans le cas des services spécialisés.
54. Sur le plan de l'organisation des services, ces pratiques sont parmi les plus questionnables, car les usagers peuvent souvent croire, à tort, qu'elles font partie des services de première ligne devant être couverts par le régime public. L'accès au plateau diagnostique de base est en effet devenu de plus en plus incontournable en clinique médicale, surtout dans le contexte de la création des « super cliniques » comme alternative à la clinique externe de l'hôpital. Pourtant, le coût de l'analyse des prélèvements, par un laboratoire public ou privé, doit être équivalent. Alors, pourquoi n'est-il pas couvert par le régime public en cabinet ou en clinique médicale?
55. À cette catégorie de facturation, s'ajoutent les frais administratifs d'annulation pour un rendez-vous manqué (20 \$ à 80 \$ dans le cas d'un généraliste), dont les usagers se plaignent au Protecteur du citoyen. Font également partie de cette catégorie les forfaits dits annuels, la cotisation annuelle de la coopérative santé, les forfaits d'adhésion, les forfaits pour accès privilégié, les forfaits VIP, les forfaits pour les services non assurés et ainsi de suite. Par exemple, une personne s'est plainte à la suite d'une facture de plus de 7 000 \$ reçue d'une clinique médicale privée. Ce forfait santé, établi dans le cadre d'une intervention chirurgicale assurée, a été déclaré illégal par la Régie à la suite de l'enquête menée par le Protecteur du citoyen. L'utilisateur a finalement été remboursé, sauf pour les agents anesthésiques utilisés, qui sont des frais accessoires conformes à la loi.
56. Cela étant, il demeure que l'instauration de formules inédites de tarification est croissante. Bien qu'illégales pour certaines (forfait VIP et cotisation des coopératives) et comme il s'agissait de

---

<sup>34</sup> *Op.cit*, note 2, art. 3 : « (...) a) tous les services que rendent les médecins étés qui sont requis au point de vue médical; (...) » et art. 22 : « 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 (...) ».

services non assurés, la tarification de plusieurs de ces services était demeurée à la discrétion des médecins jusqu'à l'adoption des nouvelles dispositions du *Code de déontologie des médecins*<sup>35</sup>.

57. Adoptées à la suite de la multiplication des plaintes des usagers, ces nouvelles dispositions du Code conditionnent l'accès au médecin au seul critère de la nécessité médicale. La préservation de l'indépendance professionnelle présuppose que le médecin « ne doit pas adhérer à des ententes ni accepter des bénéfices susceptibles d'influencer son exercice professionnel tant au regard de la qualité des soins que de leur disponibilité et de la liberté du patient. Le médecin doit s'assurer que la priorité d'accès à des soins médicaux soit donnée à un patient strictement en fonction de critères de nécessité médicale »<sup>36</sup>. De l'avis du Protecteur du citoyen, ces nouvelles dispositions du Code devraient trouver appui dans le cadre légal et réglementaire, afin de baliser concrètement les tendances à la tarification en dehors des normes éthiques et déontologiques applicables.

### **Les services non dispensés par le médecin lui-même**

#### **Considérant :**

Que les services non dispensés par le médecin lui-même et qui devraient faire partie de l'offre de services de première ligne sur le plan de l'organisation des services sont médicalement nécessaires;

Que l'accès au plateau diagnostique de base est devenu de plus en plus incontournable en clinique médicale;

Que plusieurs services non dispensés par le médecin lui-même (« forfait VIP » et cotisation des coopératives) sont illégaux et que la tarification de plusieurs autres services (forfaits pour les services non assurés) était demeurée à la discrétion des médecins jusqu'à l'adoption des nouvelles dispositions du *Code de déontologie des médecins*;

Que les services non rendus par le médecin lui-même ne sont pas inscrits dans le *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie* à titre de services assurés.

#### **Le Protecteur du citoyen recommande :**

**R-9** Que le *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie* soit modifié afin d'inclure parmi les services assurés couverts par le régime public les services de première ligne médicalement requis, ceci dans l'optique d'une organisation optimale des services diagnostiques, peu importe qu'ils soient rendus par un médecin ou un autre professionnel de la santé.

---

<sup>35</sup> En particulier l'article 63.1 : « Le médecin ne doit adhérer à aucune entente ni accepter aucun bénéfice susceptible d'influencer son exercice professionnel tant au regard de la qualité des soins que de leur disponibilité et de la liberté de choix du patient. Le médecin doit s'assurer que la priorité d'accès à des soins médicaux soit donnée à un patient strictement en fonction de critères de nécessité médicale. ».

<sup>36</sup> Collège des médecins, *Modifications au Code de déontologie des médecins - Guide explicatif*, janvier 2015, p. 8, en ligne : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-6-2015-01-07-fr-modifications-au-code-de-deontologie-des-medecins-guide-explicatif.pdf>.

## AVIS DU PROTECTEUR DU CITOYEN SUR LES SERVICES NON COUVERTS

58. D'emblée, il est à souligner que la facturation des services sujets à tarification fait de plus en plus partie d'une nouvelle philosophie de pratique commerciale qui tend à se développer en clinique médicale et en cabinet de médecins participant au régime public. À titre d'exemple, un article publié en juillet 2008 dans la revue *Santé inc.*<sup>37</sup> propose aux médecins spécialistes et généralistes d'augmenter leurs revenus de 30 %, grâce à la facturation des services non assurés. À l'opposé, le regroupement des Médecins québécois pour le régime public dénonce ce qu'il qualifie de pratiques déviantes de la médecine et de marchandisation de la santé, dans un rapport<sup>38</sup> portant sur la facturation aux patients. Les enjeux éthiques et déontologiques ressortent clairement dans ces positions diamétralement opposées sur une même problématique, laquelle se situe au cœur de la réforme clarifiant le *Code de déontologie des médecins*. Nous en sommes aujourd'hui à la détermination des enjeux légaux entourant les services non couverts par le régime public, lesquels doivent faire l'objet de changements législatifs et réglementaires.
59. Relativement aux services non couverts par le régime public, le Protecteur du citoyen est d'avis qu'il est de la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux de s'assurer de l'existence de balises claires et de mécanismes de contrôle conséquents afin que les services non assurés en vertu du régime public soient précisés et respectés. Il peut s'associer au Collège des médecins, à la Régie de l'assurance maladie du Québec et à des experts indépendants. Il peut également confier un mandat d'appréciation du panier de services requis, dans le cadre du régime public, au Commissaire à la Santé et au Bien-Être.
60. Pour le Protecteur du citoyen, le principe fondamental qui doit prévaloir pour l'accès aux services que couvre le régime public est que cet accès soit de qualité, obtenu en temps requis, basé sur l'état de santé du citoyen et non sur sa capacité de payer. Dans le respect de cette prémisse, peu importe le mode de dispensation d'un service médical couvert par le régime public, le gouvernement doit être en mesure de s'assurer qu'il est de qualité et qu'il respecte les droits des usagers. Ces conditions étant satisfaites, le Protecteur du citoyen n'exprime aucun a priori, ni favorable ni défavorable, au recours à des cliniques privées et que ces dernières facturent équitablement et à hauteur raisonnable aux usagers leurs services, dans le respect de la loi.

### ENJEUX LIÉS AU FINANCEMENT

61. Au fil des ans, les effets combinés de l'accroissement des frais accessoires, de la non-assurance et de la désassurance implicite se sont conjugués au point d'avoir un effet majeur sur la répartition publique/privée du financement de l'ensemble des dépenses pour la mission santé et services sociaux. Bien que les conséquences soient difficilement perceptibles d'une année à l'autre, leur effet cumulé est majeur, d'où l'utilisation par le Protecteur du citoyen de l'expression « effritement » du panier des services publics.

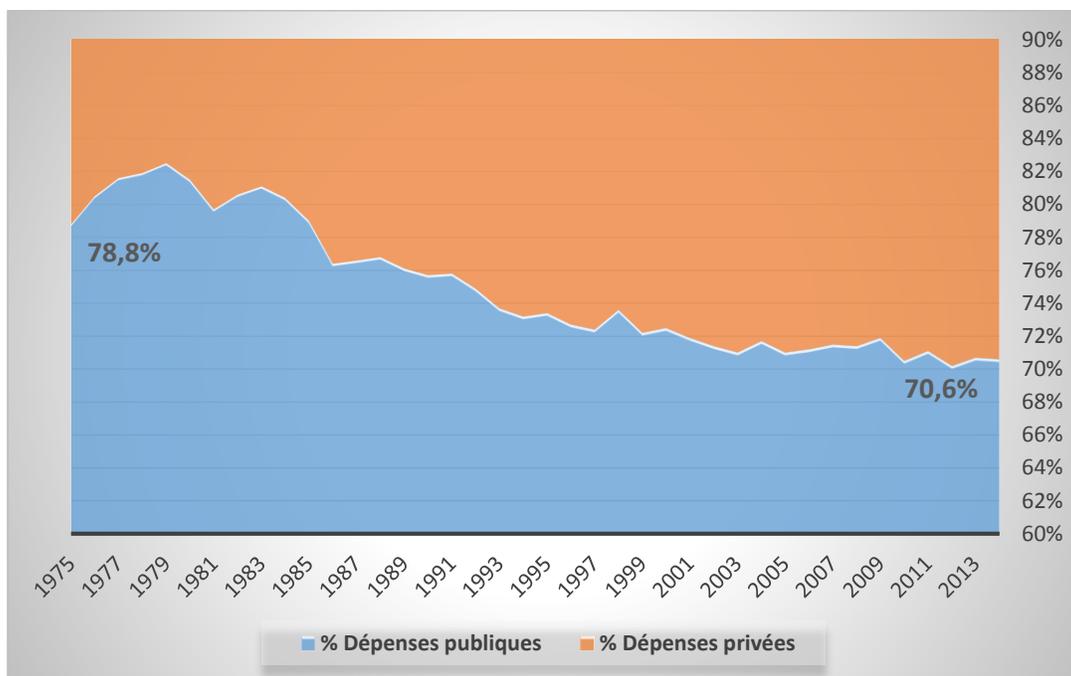
---

<sup>37</sup> M. Labrecque, *Tout sur la facturation des services assurés, augmenter ses revenus de 30 %*, Santé inc. juillet/août 2008, p.23-28, lu en ligne : <http://www.santeinc.com/file/juil08-06.pdf>.

<sup>38</sup> Médecins québécois pour le régime public, *Pas de frais pour les patients parce que payer de sa santé n'a rien d'accessoire*, juin 2013.

62. En 1975, selon les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)<sup>39</sup>, la répartition publique/privée du financement de l'ensemble des dépenses en santé au Québec s'établissait ainsi : 78,8 % pour les dépenses publiques, versus 21,2 % pour les dépenses privées. En 2014, cette répartition se situe à 70,6 %, versus 29,4 %. Sur une période de 40 ans, on assiste donc à un glissement de près de 10 points de pourcentage du financement public vers le privé. Et si rien n'est fait, cette tendance ne fera que s'accroître. Or, le Protecteur du citoyen est d'avis qu'il faut freiner cette tendance, voire l'inverser dans la mesure du possible. Le graphique présenté ci-après illustre cette situation.

Graphique : Illustration (en %) des dépenses publiques et privées en santé, de 1975 à 2014



63. Le glissement graduel vers une contribution directe de plus en plus grande des usagers – les dépenses privées – vient miner un levier important de l'organisation des services, voire un des fondements même du système de santé et de services sociaux : son financement public. Les conséquences ne sont pas banales : **l'équité dans l'accès aux services de santé et aux services sociaux est ainsi remise en question.** Que ce soit par l'entremise des impôts et des taxes ou encore de la contribution santé, le financement public se caractérise par son équité : la contribution est établie en fonction des revenus de chacun et payer davantage ne confère pas un accès plus rapide aux services; l'accès reste égal pour tous. En contrepartie, l'accès aux services à financement privé dépend des revenus de chaque citoyen et, conséquemment, est moins

<sup>39</sup> Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 2014, *Tendances des dépenses nationales de santé 1975-2014*, octobre 2014, p.68.

équitable socialement. C'est d'ailleurs précisément pour que des barrières tarifaires ne minent pas l'accès aux services médicalement requis qu'a été mis en place un système de santé et de services sociaux à financement public, dès 1970.

64. Le Protecteur du citoyen est conscient que freiner cette tendance lourde du glissement graduel vers le financement privé est une tâche exigeante. Toutefois, il soutient qu'ignorer le problème aurait des conséquences encore plus grandes à long terme. Il est maintenant temps d'agir, car plus on attendra, plus il sera difficile de corriger cette tendance et plus l'effort financier de redressement vers l'équité dans l'accès sera important. Ne rien faire revient à tolérer la perpétuation d'un système de santé et services sociaux de moins en moins équitable.
65. L'éradication des frais accessoires pour les services assurés constitue la première solution à implanter, notamment parce que l'enjeu de financement – les estimés sont de l'ordre de 50 millions de dollars<sup>40</sup> – est nettement moindre que pour les services médicalement requis (notamment diagnostiques) qui ne sont pas couverts en dehors du milieu hospitalier. Certes, 50 millions de dollars constituent une somme importante. Toutefois, elle demeure gérable eu égard à l'enveloppe globale des dépenses publiques pour la mission santé et services sociaux, laquelle se chiffre à près de 33 milliards de dollars<sup>41</sup> en 2015-2016.
66. Inévitablement, le déséquilibre entre un panier de services théorique plus grand que les ressources financières qui y sont consacrées conduit à des frais accessoires, à des listes d'attentes et, éventuellement, à la non-assurance et à la désassurance implicite des services assurés. Cela signifie que le délai d'attente devient si long qu'en pratique, le service n'est plus offert au public.
67. Le rapport du Groupe de travail sur le financement du système de santé<sup>42</sup> était clair à ce sujet lorsqu'il recommandait une réduction des dépenses de l'ordre de 500 millions de dollars afin de les réaffecter, entre autres, au financement des frais accessoires. Rappelons ici le grand constat du rapport Chicoine cité plus tôt dans ce document<sup>43</sup> : « Le problème des frais accessoires en est plutôt un de frais de fonctionnement ». En clair, il s'agit d'un problème de frais de fonctionnement en cabinet et en clinique médicale non adéquatement financés. Et ce sous-financement vient de l'inadéquation entre l'offre théorique et le niveau insuffisant des ressources allouées.
68. En d'autres termes, il importe de faire des choix et de les communiquer de façon transparente aux usagers. Selon les fondements du régime public, il est clair que **si un service est considéré comme médicalement requis en milieu hospitalier, il devrait l'être aussi en clinique médicale, et ce, sans frais pour l'usager**. L'existence de cette disparité ne s'explique pas autrement que par une problématique de sous-financement ou, plus précisément, de la juste adéquation entre l'offre des services assurés et le financement de ces services.

---

<sup>40</sup> *Op, cit*, note 14.

<sup>41</sup> Le discours du budget 2015-2016, prononcé le 26 mars dernier, prévoit des dépenses publiques pour la mission santé et services sociaux se chiffrant à 32,850 milliards de dollars.

<sup>42</sup> *Op. cit*, note 27.

<sup>43</sup> *Op.cit.*, note 25.

## CONCLUSION

69. Depuis trop longtemps, l'offre de services publique annoncée est, de loin, plus généreuse que les ressources disponibles. À cet égard, un laxisme s'est installé puisqu'aucune mesure significative n'a été mise en place pour contrer ce phénomène au cours des quarante-cinq dernières années. La disproportion entre, d'une part, le panier de services théorique et diffus et, d'autre part, les moyens existants et insuffisants a eu pour conséquences :
- Une augmentation de la liste des **frais accessoires**;
  - Un développement commercial de la pratique médicale pour trouver des formules inédites de tarification des **services non assurés**;
  - Une **désassurance implicite des services** non dispensés à l'hôpital;
  - Une **réduction des services assurés** en cabinet et en clinique.
70. En plus de mener à une sous-utilisation des ressources, un tel laisser-faire accroît les iniquités au fil du temps. C'est ainsi que le Protecteur du citoyen reçoit un nombre croissant de plaintes liées à ces pratiques : frais administratifs ou accessoires imposés par les cliniques, frais imposés pour des forfaits santé, frais imposés par des sous-traitants privés pour des services non assurés. Or, le ministère de la Santé et des Services sociaux s'implique peu dans ces dossiers, sauf s'il y a une vive contestation publique. Sa gouvernance se limite, dans les faits, à son seul réseau.
71. Dans un contexte d'évolution des pratiques et de révision de la gouvernance, le régime public de santé et de services sociaux doit – et peut encore – s'appuyer sur les principes qui en sont à la base, soucieux de fournir à tous les assurés les services gratuits et accessibles que leur garantit la loi. En ce sens, tout changement qui a pour but de légaliser une facturation directe aux usagers, pour des frais accessoires pour lesquels les médecins participant au régime public sont déjà rémunérés, et pour certains services non couverts par le régime public, constitue une avenue inéquitable de l'avis du Protecteur du citoyen.
72. Celui-ci propose dans le présent rapport des solutions concrètes, en misant toujours sur la nécessité d'apporter une réponse au besoin essentiel des citoyens : avoir accès en temps requis à des services médicaux de qualité, clairement définis, efficacement intégrés et conformes au panier de services assurés.
73. Enfin, parce qu'elle concerne l'ensemble de la population et parce qu'elle a une portée réelle dans la vie de chacun, la réflexion sur les frais accessoires du ministre de la Santé et des Services sociaux doit se faire **en toute transparence et avec ouverture**. Cette réflexion ne saurait progresser selon des mécanismes de huis clos, en ignorant l'intérêt public dans son sens le plus large.

## La position du Protecteur du citoyen en bref

|  |  |
|--|--|
| <b>Le principe fondamental</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Le Protecteur du citoyen adhère à l'esprit et à l'objectif de la législation en matière de services de santé et de services sociaux, qui est de promouvoir, pour toute la population, l'accès à des soins de santé de la meilleure qualité possible, sans égard à la capacité de payer.</li> </ul>  |
| <b>Les frais accessoires aux services assurés</b>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>· La facturation aux usagers doit être interdite;</li> <li>· La Régie de l'assurance maladie du Québec doit avoir les pouvoirs requis pour exercer son devoir de contrôle.</li> </ul>   |
| <b>Les frais de fonctionnement des cabinets et des cliniques médicales</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>· La Régie de l'assurance maladie du Québec doit évaluer leurs coûts réels et proposer des scénarios de financement;</li> <li>· Un régime de compensation selon les coûts réels doit être proposé par le ministère de la Santé et des Services sociaux aux fédérations médicales.</li> </ul>  |
| <b>Les services non assurés</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Les services non assurés réalisés à des fins administratives ne sont pas médicalement nécessaires, ils peuvent être facturés aux usagers. Mais un encadrement est requis pour contrer les abus;</li> <li>· Les services non assurés réalisés à des fins administratives doivent être évalués selon leurs coûts réels dans le cadre de l'évaluation des frais de fonctionnement des cabinets et des cliniques médicales effectuée par la Régie de l'assurance maladie du Québec;</li> <li>· Un régime de compensation selon les coûts réels des frais de fonctionnement des cabinets et des cliniques médicales doit être proposé par le ministère de la Santé et des Services sociaux aux fédérations médicales et il doit inclure l'encadrement des services non assurés réalisés à des fins administratives;</li> <li>· La Régie de l'assurance maladie du Québec doit assumer la responsabilité de cet encadrement.</li> </ul> |
| <b>Les services désassurés</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Plusieurs services désassurés sont médicalement nécessaires;</li> <li>· Le principe de l'universalité des services médicalement nécessaires doit être respecté;</li> <li>· Les services suivants doivent être considérés comme services assurés : l'ultrasonographie (échographie), l'imagerie par résonance magnétique, la tomodensitométrie, la thermographie, la mammographie, l'usage des radionucléides in vivo, la tomographie optique du globe oculaire et l'ophtalmoscopie confocale, l'ablation chirurgicale d'une dent ou d'un fragment dentaire et l'injection de substances sclérosantes dans les veines variqueuses;</li> <li>· La fourniture des médicaments, dans le cas de bénéficiaires recevant des services d'un centre hospitalier sans y être hébergés, doit être considérée comme un service assuré.</li> </ul>   |
| <b>Les services non dispensés par le médecin lui-même</b>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Dans l'optique d'une organisation optimale des services diagnostiques, les services de première ligne médicalement requis doivent être considérés comme services assurés, peu importe qu'ils soient rendus par un médecin ou par un autre professionnel de la santé.</li> </ul>   |

## Liste des recommandations du Protecteur du citoyen

### La facturation des frais accessoires aux points de services

#### Considérant :

Qu'à l'origine, en 1970, les frais accessoires étaient regroupés dans une courte liste de légers suppléments inscrits dans une entente particulière négociée auprès des fédérations médicales, et pouvant être exceptionnellement facturés aux usagers;

Qu'au fil des ans, ces frais accessoires facturés en cabinet et en clinique médicale ont nettement augmenté et ont perdu leur caractère d'exception;

Que différents modes de facturation hors normes sont apparus et sont de plus en plus fréquemment exigés des usagers;

Que l'imposition de frais accessoires aux services assurés médicalement requis ne respecterait pas le droit à la sécurité garanti par la *Charte des droits et libertés de la personne*;

Que la Régie de l'assurance maladie du Québec doit assurer pleinement ses devoirs de contrôle de la rémunération dévolus dans sa loi constitutive;

Qu'une motion sans préavis a été adoptée à l'unanimité par l'Assemblée nationale, en juin 2013, pour que le ministre de la Santé et des Services sociaux mette fin aux frais accessoires.

#### Le Protecteur du citoyen recommande :

**R-1** Qu'un amendement à la *Loi sur l'assurance maladie* interdise la facturation aux usagers des frais accessoires pour les services assurés, aux points de services que constituent les cabinets et les cliniques médicales.

**R-2** Qu'un amendement à la *Loi sur l'assurance maladie* dote la Régie de l'assurance maladie du Québec des pouvoirs requis pour qu'elle accomplisse de manière adéquate ses devoirs de contrôle de la rémunération des médecins.

### Les frais de fonctionnement des cabinets et des cliniques médicales

#### Considérant :

Que la pression sur les coûts de fonctionnement des cliniques médicales a donné lieu à une volonté de couvrir la composante technique à l'aide d'une interprétation large des frais accessoires, en particulier de la notion de médicament;

Qu'au fil du temps, la liste des frais accessoires s'est allongée et a été utilisée afin de compenser une partie des frais de fonctionnement des cabinets et des cliniques médicales;

Que les coûts de plusieurs frais accessoires ont été haussés arbitrairement pour compenser l'augmentation des frais de fonctionnement relatifs à l'évolution de la pratique médicale;

Que deux comités d'experts mandatés pour étudier la question ont recommandé la révision de l'approche historique et une compensation des frais de fonctionnement des cabinets et des cliniques médicales selon les coûts réels.

**Le Protecteur du citoyen recommande :**

**R-3** Que la Régie de l'assurance maladie du Québec dresse le portrait des frais de fonctionnement des cabinets et des cliniques médicales, évalue leurs coûts réels et des scénarios de financement.

**R-4** Que le ministère de la Santé et des Services sociaux propose aux fédérations médicales, à la suite de l'évaluation de la Régie, un régime de compensation selon les coûts réels des frais de fonctionnement des cabinets et des cliniques médicales.

### **L'encadrement de la facturation des services non assurés**

**Considérant :**

Que les services non assurés réalisés à des fins administratives ne sont pas médicalement nécessaires;

Que les médecins participant au régime public ne sont pas rémunérés en vertu de ce régime pour la dispensation des services non assurés réalisés à des fins administratives, énumérés à l'article 22 du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*;

Que les services non assurés réalisés à des fins administratives nécessitent d'être fixés selon leurs coûts réels dans le cadre de l'évaluation des frais de fonctionnement des cabinets et des cliniques médicales;

Qu'un encadrement des services non assurés réalisés à des fins administratives pouvant être facturés aux usagers est requis, afin de contrer et de prévenir les abus à l'endroit des usagers.

**Le Protecteur du citoyen recommande :**

**R-5** Que le ministère de la Santé et des Services sociaux propose aux fédérations médicales, à la suite de l'évaluation de la Régie de l'assurance maladie, un régime de compensation selon les coûts réels des frais de fonctionnement des cabinets et des cliniques médicales, incluant l'encadrement des services non assurés réalisés à des fins administratives.

**R-6** Qu'un amendement à la *Loi sur l'assurance maladie* confie la responsabilité de l'encadrement de la facturation des services non assurés à la Régie de l'assurance maladie du Québec, en axant son action sur la diligence, la qualité de la surveillance et les moyens de contrôle requis.

## **L'étendue réelle du panier de services publics**

### **Considérant :**

Que l'évolution de la gouvernance, de l'organisation du réseau et des pratiques médicales se fera de plus en plus vers des points de services hors du milieu hospitalier;

Que plusieurs services désassurés sont essentiels au maintien d'une bonne santé des usagers, c'est-à-dire qu'ils sont médicalement nécessaires;

Que les services désassurés ne sont couverts qu'en centre hospitalier, ce qui ne respecte pas le principe d'universalité des services médicalement nécessaires;

Que les médicaments requis pour certains protocoles de soins ne sont pas couverts hors du milieu hospitalier;

Que les médecins participant au régime public ne sont pas rémunérés pour la dispensation de ces services désassurés et énumérés à l'article 22 du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*;

Qu'une importante réflexion s'impose sur l'étendue réelle de la couverture faisant partie du panier de services publics et sur ce qui pourrait être facturé aux usagers.

### **Le Protecteur du citoyen recommande :**

**R-7** Que le *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie* soit modifié afin que les services suivants soient considérés comme services assurés : l'ultrasonographie (échographie), l'imagerie par résonance magnétique, la tomодensitométrie, la thermographie, la mammographie, l'usage des radionucléides in vivo, la tomographie optique du globe oculaire et l'ophtalmoscopie confocale, l'ablation chirurgicale d'une dent ou d'un fragment dentaire et l'injection de substances sclérosantes dans les veines variqueuses.

**R-8** Que l'article 3 du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation* soit modifié afin d'inclure la fourniture des médicaments à la liste des services assurés dans le cas de bénéficiaires recevant des services d'un centre hospitalier sans y être hébergés.

## **Les services non dispensés par le médecin lui-même**

### **Considérant :**

Que les services non dispensés par le médecin lui-même et qui devraient faire partie de l'offre de services de première ligne sur le plan de l'organisation des services sont médicalement nécessaires;

Que l'accès au plateau diagnostique de base est devenu de plus en plus incontournable en clinique médicale;

Que plusieurs services non dispensés par le médecin lui-même (« forfait VIP » et cotisation des coopératives) sont illégaux et que la tarification de plusieurs autres services (forfaits pour les services non assurés) était demeurée à la discrétion des médecins jusqu'à l'adoption des nouvelles dispositions du *Code de déontologie des médecins*;

Que les services non rendus par le médecin lui-même ne sont pas inscrits dans le *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie* à titre de services assurés.

**Le Protecteur du citoyen recommande :**

**R-9** Que le *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie* soit modifié afin d'inclure parmi les services assurés couverts par le régime public les services de première ligne médicalement requis, ceci dans l'optique d'une organisation optimale des services diagnostiques, peu importe qu'ils soient rendus par un médecin ou un autre professionnel de la santé.



## ANNEXE 1 : Liste des principaux frais accessoires

Xylocaïne (lidocaïne etc.) pour anesthésie locale  
Anesthésie locale ou autre médicament pour une plaie dans l'œil  
Médicament appliqué sur une plaie  
Médicament injectable (ex : GravoIMD, adrénaline)  
Médicament pour infiltration, par site (ex. : Depo-MedrolMD)  
Azote liquide  
Vaccin  
Stérilet  
Plateau chirurgical, champ stérile, sonde  
Équipement diagnostique ou thérapeutique  
Attelle d'immobilisation faite sur mesure  
Plâtre et taping pour immobilisation  
Bandage en huit  
Bâtonnets pour analyse d'urines  
Frais de transport de spécimens biologiques

### Sources :

FMOQ, Grilles provinciale des tarifs pour les services non assurés (à titre indicatif), les services désassurés et les frais accessoires, en ligne :

[http://www.fmoq.org/Lists/FMOQDocumentLibrary/fr/R%C3%A9mun%C3%A9ration/Services%20non%20assur%C3%A9s%20et%20CSST/Grille%20tarifaire%20et%20affichage%20des%20frais%20admissibles/GrilleTarifaire\\_2013\\_FR.pdf](http://www.fmoq.org/Lists/FMOQDocumentLibrary/fr/R%C3%A9mun%C3%A9ration/Services%20non%20assur%C3%A9s%20et%20CSST/Grille%20tarifaire%20et%20affichage%20des%20frais%20admissibles/GrilleTarifaire_2013_FR.pdf) (consulté en juillet 2015)

FMSQ, Grille tarifaire suggérée en cabinet privé pour les fournitures et les frais accessoires à des services assurés et les services médicaux non assurés, en ligne :

[https://www.fmsq.org/documents/10275/17191/grille\\_tarifaire.pdf](https://www.fmsq.org/documents/10275/17191/grille_tarifaire.pdf) (consulté en juillet 2015)

Jean-Pierre CHICOINE, *Comité de travail sur les frais accessoires*, Rapport au ministre de la Santé et des Services sociaux, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1<sup>er</sup> octobre 2007, p. 1 et 2 de l'annexe II.



## ANNEXE 2 : Glossaire des dispositions légales

- **Ententes** : l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* permet au ministre, avec l'approbation du Conseil du trésor, de conclure avec les organismes représentatifs de toute catégorie de professionnels de la santé, toute entente pour l'application de la Loi. Les ententes auxquelles il est fait référence dans la *Loi sur l'assurance maladie* sont celles conclues en vertu de l'article 19.
- **Frais accessoires à un service assuré** : à ce jour, légalement, ils sont l'exception. Selon la *Loi sur l'assurance maladie* il est interdit de facturer pour un service assuré et pour les frais accessoires à ces derniers, « [...] sauf dans les cas prescrits ou prévus dans une entente et aux conditions qui y sont mentionnées. [...] ». C'est l'alinéa 9 de l'article 22 de la *Loi sur l'assurance maladie*, qui renferme la règle générale de l'interdiction et cette exception de facturation des frais accessoires, à certaines conditions.

Ni la *Loi sur l'assurance maladie*, ni le *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*, ne contiennent de définition de ces frais accessoires à un service assuré, qui sont exceptionnellement permis par entente entre les fédérations de médecins et le ministre. Ce sont les ententes qui ont ainsi identifié ce qui pouvait être qualifié de frais accessoire (voir l'annexe 1 pour la liste des principaux frais reconnus à ce jour comme accessoires aux services assurés).

- **Professionnel désengagé** : professionnel autre qu'un pharmacien qui exerce sa profession en dehors des cadres du régime institué par la *Loi sur l'assurance maladie*, mais qui accepte d'être rémunéré suivant le tarif prévu à une entente et dont le montant des honoraires est payé à ses patients par la Régie (*Loi sur l'assurance maladie*, RLRQ, c. A-29, art. 1 d)).
- **Professionnel non participant** : professionnel qui exerce sa profession en dehors des cadres du régime institué par la *Loi sur l'assurance maladie*, mais qui n'accepte pas d'être rémunéré suivant le tarif prévu à une entente ou qui fait l'objet d'une ordonnance spécifique et dont tous les patients assument seuls le paiement des honoraires qui comprennent le prix des médicaments dans le cas d'un pharmacien (*Loi sur l'assurance maladie*, RLRQ, c. A-29, art. 1 e)).
- **Professionnel soumis à l'application d'une entente (professionnel participant)** : professionnel qui exerce sa profession dans le cadre du régime institué par la *Loi sur l'assurance maladie*, rémunéré suivant le tarif prévu à une entente et dont le montant des honoraires, qui comprend le prix des médicaments dans le cas d'un pharmacien, lui est payé directement par la Régie (*Loi sur l'assurance maladie*, RLRQ, c. A-29, art. 1 c)).
- **Services assurés** : ils sont financés par l'État avec les fonds publics. Ces services assurés sont définis aux articles 1 a) et 3 de la *Loi sur l'assurance maladie*, il s'agit des services que rendent les médecins et qui sont requis du point de vue médical, ainsi que certains autres soins énumérés à cet article 3 et déterminés par règlement, parmi ceux-ci, des services dentaires, pharmaceutiques et optométriques, administrés dans certaines circonstances.

C'est dans le *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*, aux sections X et suivantes, que se trouve l'énumération des différents services considérés comme services assurés, mentionnés à l'article 3 de la *Loi sur l'assurance maladie*, et déterminés par règlement, notamment, les services de chirurgie buccale, les services optométriques, les services de planification familiale, les services de procréation médicalement assistée, les services dentaires.

Également, le *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation*, à son article 3, renferme une énumération des services hospitaliers définis comme étant des services assurés. Pour certains services, les bénéficiaires sont hébergés dans le centre hospitalier, alors que pour d'autres, ils reçoivent les services du centre hospitalier sans y être hébergés.

- **Services désassurés** : ils font partie de la gamme de services offerts aux usagers et sont qualifiés ainsi dans la pratique courante, parce qu'ils sont assurés lorsque dispensés à l'hôpital, mais deviennent non couverts par le régime public lorsqu'ils se pratiquent plutôt en cabinet ou dans une clinique médicale. C'est l'article 22 du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie* qui instaure cette règle pour un certain nombre de services mentionnés expressément à cet article. C'est ainsi que nous pouvons lire parmi les services énumérés à l'article 22 « o) i. la thermographie, 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; (...) », pour ne nommer que ces deux exemples (voir l'annexe 3 pour l'énumération des services ne devant pas être considérés comme des services assurés aux fins de la Loi, incluant les services désassurés).
- **Services non assurés** : ils sont mentionnés à l'article 22 du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*. En fait, cet article 22 indique que « Les services mentionnés sous cette section ne doivent pas être considérés comme des services assurés aux fins de la Loi : [...] ». Dans cette liste, nous retrouvons notamment tout examen ou service non lié à un processus de guérison ou de prévention de la maladie, comme les examens ou services pour les fins de l'émission d'une police d'assurance, de passeport ou d'autres fins analogues, tout service dispensé à des fins purement esthétiques, tout examen, toute expertise, tout témoignage, tout certificat ou autres formalités lorsque requis aux fins de la justice. Rien n'indique que cette liste est exhaustive (voir l'annexe 3 pour l'énumération des services ne devant pas être considérés comme des services assurés aux fins de la Loi).

## ANNEXE 3 : Liste des services non assurés par le régime public

chapitre A-29, r. 5

### **Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie**

Loi sur l'assurance maladie

(chapitre 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'alopecie 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. anisométrie 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;

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 tomодensitométrie, 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.