



Ménéard, Martin
Avocats
(Société en nom collectif)

Me Jean-Pierre Ménéard, Ad. E.

(514) 253-8044

menardmartin@menardmartinavocats.com

Montréal, le 23 septembre 2015

PAR COURRIEL : rona.ambrose@parl.gc.ca

ET PAR TÉLÉCOPIEUR : (613) 996-0785

L'Honorable Rona Ambrose
Ministre de la Santé du Canada
Chambre 163, Bloc Est
Ottawa (Ont.) K1A 0A6

Objet: Imposition de frais accessoires aux patients québécois

Madame la Ministre,

Les présentes visent à solliciter votre intervention face à une problématique vécue par des milliers de patients québécois qui porte sérieusement atteinte à leurs droits en matière de santé, et plus particulièrement, à leur droit d'accès à certains soins médicaux. Il s'agit du problème des frais accessoires que les médecins québécois facturent à leurs patients en plus d'être rémunérés par le régime public d'assurance maladie.

Cette situation remet en cause les fondements même de la *Loi canadienne sur la santé*, dont vous êtes la ministre responsable de l'application. Elle impose aux citoyens québécois un fardeau financier excessif qui compromet leur droit d'accès à des soins médicaux.

4950, Hochelaga, Montréal (Québec) H1V 1E8
Téléphone: (514) 253-8044 - Télécopieur: (514) 253-9404
Adresse électronique: menardmartin@menardmartinavocats.com

La situation perdure depuis plusieurs années, avec la tolérance du gouvernement du Québec et l'incapacité et l'absence de volonté de la Régie de l'assurance maladie du Québec d'assurer le respect des droits des patients. À présent, le gouvernement du Québec se propose d'intervenir dans ce domaine dans une direction qui va totalement à l'encontre des lois actuelles et des droits et intérêts des patients.

Notre demande d'intervention repose sur les pouvoirs que vous octroie la *Loi canadienne sur la santé*¹. Vous êtes en effet responsable de vous assurer que l'ensemble des Canadiens, dont les citoyens du Québec, bénéficient des droits qui y sont reconnus, et vous avez le pouvoir de retenir des sommes dues au titre de la contribution fédérale en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, si le système de santé d'une province ne répond pas aux cinq critères énoncés à l'article 7 de cette loi : (1) la gestion publique; (2) l'intégralité; (3) l'universalité; (4) la transférabilité; et (5) l'accessibilité.

Tant la situation actuelle en matière de frais accessoires au Québec que l'orientation prise par le gouvernement québécois actuel face à cette problématique contreviennent directement au critère d'accessibilité énoncé à l'article 7 de la *Loi canadienne sur la santé*. En conséquence, nous sollicitons votre intervention pour :

1. Faire cesser immédiatement la pratique de facturation des frais accessoires dans les cliniques privées du Québec;
2. Mettre immédiatement en branle les processus vous permettant ultérieurement de retenir des sommes dues au titre de la contribution fédérale en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, tant que le gouvernement du Québec n'aura pas purement et simplement interdit la facturation des frais accessoires qui sont actuellement imposés aux québécois.

Nous vous présenterons, dans un premier temps, les fondements juridiques de notre demande. Par la suite, nous vous expliquerons plus en détail la situation actuelle au Québec.

La Loi canadienne sur la santé

La *Loi canadienne sur la santé* est une loi du Parlement du Canada qui découle d'une entente avec l'ensemble des provinces canadiennes, dont le Québec, en vertu de laquelle les provinces reçoivent une contribution financière du gouvernement du Canada dans la mesure où leur régime d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation se conforme

¹ LRC 1985 c. 6.

aux conditions de la *Loi canadienne de la santé*. Le Québec est partie à cette entente et s'est engagé à en respecter les principes et à les appliquer dans sa législation.

Parmi les cinq critères établis par la loi pour permettre le versement aux provinces, figure le critère d'accessibilité.

L'article 12 (1) de la *Loi canadienne sur la santé* se lit comme suit :

« 12 (1) La condition d'accessibilité suppose que le régime provincial d'assurance-santé :

- a) *Offre des services de santé assurés, selon des modalités uniformes, et ne fasse pas d'obstacles, directement ou indirectement, et notamment par facturation aux assurés, à un accès satisfaisant par eux à ces services.»²*

Dans la définition de la *Loi canadienne sur la santé*, la surfacturation est ainsi définie :

« *Surfacturation* » *facturation de la prestation à un assuré par un médecin ou un dentiste d'un service de santé assuré, en excédent par rapport au montant payé ou à payer pour la prestation de ce service au titre du régime provincial d'assurance-santé.*³

L'article 13 de la loi assujettit le versement de la pleine contribution à une province à l'obligation de cette dernière de communiquer au ministre, selon les modalités prévues au règlement, les renseignements dont le ministre peut avoir besoin pour l'application de la loi.

L'article 18 de la loi prévoit que :

« *Une province n'a droit, pour un exercice, à la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 que si, aux termes de son régime d'assurance-santé, elle ne permet pas pour cet exercice le versement de montants à l'égard des services de santé assurés qui ont fait l'objet de surfacturation par les médecins ou les dentistes* ».

L'article 20 (1) de la loi prévoit que :

² *Idem*, art. 2.

³ *Id.*, art. 2.

« Dans le cas où une province ne se conforme pas à la condition visée à l'article 18, il est déduit de la contribution pécuniaire à cette dernière pour un exercice un montant, déterminé par le ministre d'après les renseignements fournis conformément aux règlements, égal au total de la surfacturation effectuée par les médecins ou les dentistes dans la province pendant l'exercice ou, si les renseignements n'ont pas été fournis conformément aux règlements, un montant estimé par le ministre égal à ce total ».

Le Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs⁴ prévoit que la province de Québec doit transmettre, si vous l'exigez :

- a) Une estimation du montant total de la surfacturation, à la date de l'estimation, accompagnée d'une explication de la façon dont cette estimation a été obtenue;*
- b) Un état financier indiquant le montant total de la surfacturation effectivement imposée, accompagnée d'une explication de la façon dont cet état a été établi.⁵*

La situation que nous portons aujourd'hui à votre attention s'inscrit donc en contravention directe à la Loi canadienne sur la santé.

Examinons maintenant quel encadrement juridique existe au Québec pour assurer l'application de la Loi fédérale.

Loi sur l'assurance maladie du Québec⁶

Au Québec, les articles suivants de la *Loi sur l'assurance maladie* prévoient qu'il est interdit d'exiger des frais accessoires à des services qui sont assurés par la Régie de l'assurance maladie du Québec :

*22 al. 4 [...] Un professionnel de la santé soumis à l'application d'une entente **ne peut exiger ni recevoir, pour un service assuré, que la rémunération prévue à l'entente et à laquelle il a droit en vertu des alinéas qui précèdent : toute convention à l'effet contraire est nulle de nullité absolue.** Cependant un pharmacien peut exiger la différence entre le prix du médicament indiqué à la liste et le montant dont la Régie assume le paiement. (nos soulignés)*

⁴ DORS/86-259 (Gaz.Can II).

⁵ *Id.*, art. 3.

⁶ RLRQ, c. 29.

22. al. 9 [...] 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. (nos soulignés)

23. Aucune entente ne peut prévoir un supplément de rémunération pour des services assurés.

Jusqu'à maintenant, les lois pertinentes du Québec sont en parfaite concordance avec les obligations que la *Loi canadienne sur la santé* impose à la province du Québec.

Les ententes entre les fédérations syndicales médicales et le Gouvernement du Québec

Selon l'entente intervenue entre le gouvernement du Québec et les fédérations syndicales médicales (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), les règles de rémunération sont claires et strictes.

Ainsi, dans le *Manuel des omnipraticiens*⁷, les principes applicables à la rémunération des médecins se retrouvent à la section 7.

À l'égard des frais accessoires, l'entente prévoit ce qui suit :

« 1.1.4 – Frais accessoires

Le médecin ne peut demander au patient quelque paiement en rapport avec la dispensation d'un service médical, sauf disposition contraire au présent tarif.

Le médecin peut toutefois obtenir compensation du patient pour le coût des médicaments et des agents anesthésiques utilisés.

....

*Le médecin peut en outre obtenir compensation du coût d'achat d'un stérilet pourvu qu'il ait, au préalable, avisé le patient du montant de cette compensation ».*⁸

⁷ RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, *Manuel des médecins omnipraticiens n. 100*, [en ligne], http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/100-facturation-omnipraticiens/000_complet_acte_omni.pdf

Rien dans l'entente ne prévoit que le médecin peut facturer au-delà du coût réel de ces produits.

Cette entente est conforme à la *Loi sur l'assurance maladie*, qui est elle-même conforme à la *Loi canadienne sur la santé*.

Malgré les dispositions très claires de cette entente, au fil des années, de nombreuses tentatives de contournement de la loi et de l'entente ont été faites par les médecins qui voulaient bonifier leur rémunération. Le Collège des médecins du Québec reçoit d'ailleurs de plus en plus de plaintes à ce sujet.

Le Collège des médecins du Québec

Suite aux nombreuses plaintes reçues au Bureau du syndic du Collège des médecins, cet ordre professionnel a décidé, au début 2015, d'introduire des règles qui clarifient une fois pour toutes les obligations des médecins à l'égard de la facturation.

Le Collège des médecins du Québec a introduit dans le *Code de déontologie des médecins*⁹, en janvier 2015, de nouvelles dispositions en relation avec les frais exigés par certains médecins.

Selon le Guide explicatif préparé par le Collège à cette occasion¹⁰, on justifie ainsi les nouvelles règles :

*« En effet, l'aspect mercantile découlant de certaines activités a par moment pris le pas sur l'acte médical et l'activité professionnelle, ce qui a rendu nécessaire ces ajouts et modifications ».*¹¹

Le Collège réitère le principe selon lequel le médecin doit s'assurer que la priorité d'accès à des soins médicaux soit donnée à un patient strictement (nos soulignés) en fonction de critères de nécessité médicale. C'est, selon le Collège, le seul critère qui doit déterminer l'accès à un médecin.

⁸ *Id.*, p. A-2, art. 1.1.4.

⁹ *Code de déontologie des médecins*, RLRQ, c. M-9, r.17.

¹⁰ COLLÈGE DES MÉDECINS, *Modifications au Code de déontologie des médecins. Guide explicatif janvier 2015*, [en ligne] < <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-6-2015-01-07-fr-modifications-au-code-de-deontologie-des-medecins-guide-explicatif.pdf> >

¹¹ *Id.*, p. 8.

Cette position est exactement conforme aux principes de la *Loi canadienne sur la santé* et de la *Loi sur l'assurance maladie du Québec*.

Le Collège introduit trois modifications à son *Code de déontologie*, aux articles 73, 76 et 79.

L'article 76 énonce ce qui suit dans sa nouvelle version :

« Le médecin doit s'abstenir, directement ou indirectement de louer ou de vendre des appareils ou de vendre des médicaments ou d'autres produits présentés comme ayant un intérêt pour la santé, à l'exception des appareils qu'il installe ou des médicaments et produits qu'il administre directement.

Il ne peut en outre réclamer des montants disproportionnés en paiement de fournitures médicales nécessaires aux traitements qu'il administre. »

Quant aux fournitures médicales et aux traitements administrés, le Collège énonce clairement sa position :

« Ainsi au cours des dernières années, les frais réclamés par les médecins pour des produits, des appareils ou des médicaments qu'ils administrent ont souvent fait la manchette en raison des montants importants réclamés eu égard aux prix réel du médicament ou de l'appareil concerné. Le Code vient préciser que dans ces situations, le médecin ne pourra pas réclamer des montants disproportionnés ».

Le Collège explique par la suite ce qu'il entend à l'égard des frais « disproportionnés ».

« Bien qu'aucun critère ne vienne guider le médecin dans la détermination du prix demandé, il est recommandé au médecin de demander des frais qui correspondent au prix coûtant des fournitures médicales, notamment les attelles et les médicaments, auxquels peuvent s'ajouter des frais raisonnables de conservation et d'entreposage ».¹²

Les deux autres articles qui sont modifiés confirment ces principes.

Le nouvel article 73 (1) ajoute aux dispositions existantes :

¹² *Id.*, p. 10.

Le médecin doit s'abstenir de rechercher ou d'obtenir un avantage financier pour l'ordonnance d'appareils, d'examens ou de médicaments, directement ou indirectement ou par l'entremise d'une entreprise qu'il exploite ou à laquelle il participe;

...

Malgré le paragraphe (1), le médecin peut retirer un profit de la vente ou de la commercialisation d'un appareil ou d'un examen qu'il prescrit et qu'il a développé ou pour lequel il a participé au développement, directement, indirectement ou par l'entremise d'une entreprise qu'il contrôle ou à laquelle il participe, auquel cas il en informe son patient.

Selon le Collège, dans son document explicatif :

« Il est clairement interdit au médecin de recevoir un avantage financier autre que ses honoraires lorsqu'il prescrit des appareils, des examens ou des médicaments. Cette interdiction s'applique pour le médecin qui reçoit cet avantage financier directement ou indirectement ou par une entreprise qu'il exploite ». ¹³ (nos soulignés)

Le titre de la section 2.2. du Guide explicatif est très clair :

2.2 « Le profit des ordonnances d'appareils, d'examens ou de médicaments : une combinaison à éviter. »

« Il est clairement interdit au médecin de recevoir un avantage financier autre que ses honoraires lorsqu'il prescrit des appareils, des examens ou des médicaments. Cette interdiction s'applique que le médecin reçoive cet avantage financier directement, indirectement ou par une entreprise qu'il contrôle ».

Le nouvel article 79 du Code de déontologie prévoit que :

79 : Le médecin qui reçoit des avantages de l'entreprise offrant un produit ayant un intérêt pour la santé ou des services thérapeutiques ou diagnostiques dans laquelle il a des intérêts ou qui participe à une entreprise qu'il est en son pouvoir de contrôler et qui fabrique ou met en marché des produits ayant un intérêt pour la santé ou des services

¹³ *Id.*, p. 9.

thérapeutiques ou diagnostiques doit en informer les milieux où il en fait la promotion.

L'ensemble des nouvelles règles proposées par le Collège des médecins cadre parfaitement avec les principes de la *Loi canadienne sur la santé* et la *Loi sur l'assurance maladie du Québec*.

La situation en cause

Depuis plusieurs années, au Québec, des cliniques privées ont commencé à offrir aux patients du Québec des services assurés, mais en leur imposant, en sus, des frais pour couvrir l'un ou plusieurs des éléments suivants :

- a) Les frais administratifs d'ouverture de dossier;
- b) Le coût du personnel administratif;
- c) Le coût du personnel infirmier;
- d) Le coût des médicaments;
- e) Le coût de l'équipement;
- f) Autres frais.

La pratique générale est à l'effet de ne pas détailler les coûts, ou encore d'imputer à l'un ou l'autre de ces éléments (ex : coût des médicaments) un prix exorbitant qui vise en fait à couvrir d'autres coûts et à générer plus de revenus pour le médecin.

Ces cliniques ont proliféré au Québec dans un contexte où le Réseau public de santé n'a pas développé ces services, pourtant médicalement nécessaires, ou les a développés d'une manière nettement insuffisante pour offrir une réponse en temps médicalement utile aux patients. Au moins cent treize (113) cliniques privées pratiquent la surfacturation en date du 30 juin 2015¹⁴ et ce nombre est en croissance continue, vu la complaisance des autorités du système de santé québécois.

Nous vous soulignerons plusieurs exemples que vous connaissez probablement, puisque le Québec n'est pas la seule province délinquante et que la situation perdure depuis plusieurs années.

L'exemple le plus récent concerne les colonoscopies (ou coloscopies) soit un examen de l'intestin au moyen d'une caméra. En raison des douleurs et de l'inconfort de cet examen, un produit anesthésiant est administré au patient. Les cliniques facturent en moyenne de 450\$ à 500\$ pour cet examen, pour lequel le gastro-entérologue est déjà

¹⁴ GRENIER VERBAUWHEDE, AVOCATS, *Recours collectif concernant la surfacturation illégale par des médecins et par des cliniques*, [en ligne] [http : www.surfacturation.ca](http://www.surfacturation.ca)

rémunéré, pour couvrir le coût des médicaments. Le coût de l'anesthésiant lui-même est de quelques sous.¹⁵ Environ 20 000 coloscopies ont été pratiquées en clinique privée au Québec à ce jour.

La rémunération des médecins pour cet acte comporte une majoration pour les actes effectués en dehors d'un milieu hospitalier, pour couvrir les frais d'équipement que le médecin utilise. Le patient n'a pas le choix d'aller en clinique, car la disponibilité de cet examen dans le système public lui impose un délai pouvant s'étendre sur plusieurs années, ce qui rend l'examen inutile pour diagnostiquer ou prévenir un cancer. En payant les sommes ci-dessus, l'examen est disponible dans un délai de quelques semaines ou même quelques jours. La demande pour cet examen est en augmentation importante dans le contexte où le gouvernement du Québec a mis sur pied un programme de dépistage du cancer colorectal, qui prévoit, dans certaines circonstances, l'administration d'une coloscopie.¹⁶

Le deuxième exemple concerne les cliniques médicales où l'on offre la vasectomie. En plus du paiement émanant de la Régie de l'assurance maladie pour cet acte, une pratique assez généralisée dans les cliniques privées consiste à facturer une somme supplémentaire de 140\$ pour couvrir le coût de la xylocaïne.¹⁷ Le Collège des médecins du Québec évalue le coût du médicament à 1 dollar (1,00\$) par traitement. D'autres cliniques incluent d'autres médicaments, les consultations et appels téléphoniques et autres frais pour justifier ce montant.¹⁸

La majorité des 13 000 vasectomies faites au Québec sont pratiquées dans ces cliniques. Or, l'entente de rémunération entre la Régie de l'assurance maladie et les médecins prévoit une rémunération supplémentaire substantielle lorsque la vasectomie est pratiquée hors établissement de santé. Pourtant, les médecins persistent à percevoir ces frais supplémentaires, au vu et au su des autorités publiques.¹⁹

Un troisième exemple concerne les gouttes administrées préalablement à un traitement pour dégénérescence maculaire. Ces gouttes, qui ne coûtent que quelques dollars, sont

¹⁵ Amélie DAOUST-BOISVERT, «Frais accessoires croissants en clinique privée » *Le Devoir*, 24 novembre 2011, [en ligne], [http : <www.ledevoir.com frais accessoires – 24 novembre 2011>](http://www.ledevoir.com/frais-accessoires-24-novembre-2011/)

¹⁶ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Dépistage du cancer colorectal*, [en ligne], <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/pgdCCR/>

¹⁷ RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, *Grille tarifaire pour les frais accessoires et les services non assurés par la RAMQ reliés à la vasectomie*, [en ligne] [http :](http://www.vasectomie.net/grilletarifairejanvier2014.pdf)

¹⁸ Me Christine KARK, «La surfacturation des frais accessoires» *SantéInc.*, septembre/octobre 2012, [en ligne] < <http://santeinc.com/2012/08/la-facturation-des-frais-accessoires/>>

¹⁹ Héloïse ARCHAMBAULT, « La vasectomie n'est plus assez payante » *TVA Nouvelle*, 7 avril 2015, [en ligne], <[www.tvanouvelles/infos/national/archives 2015/04/20150407-04si20/html](http://www.tvanouvelles/infos/national/archives_2015/04/20150407-04si20/html)>

facturées jusqu'à 100\$ ou même 200\$ dans certaines cliniques. Malgré un recours collectif qui s'est terminé par un règlement hors Cour le 1^{er} mai 2013²⁰, la pratique se continue encore aujourd'hui. Le gouvernement du Québec avait alors accepté de rembourser plus de 6 millions de dollars aux patients.

Il existe d'autres pratiques de facturation contraires à la loi (par exemple, des frais permettant d'accéder plus rapidement à un médecin, etc.). Nous nous en tiendrons pour le moment aux exemples ci-dessus.

La solution du Gouvernement du Québec

La situation ci-dessus est connue depuis des années par les autorités du ministère de la Santé et des Services sociaux. Déjà, en 2013, l'Assemblée nationale du Québec adoptait, à l'unanimité, la résolution suivante :

« 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 ».*²¹

Aucune mesure ne fut prise par la suite pour arrêter la facturation des frais accessoires.

Le 18 juin 2015, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, le docteur Gaétan Barrette, annonçait que des modifications à la *Loi sur l'assurance maladie du Québec* seront apportées, non pas pour interdire les frais accessoires, mais pour les encadrer selon certaines modalités plus amplement décrites ci-dessous.²²

Le ministre propose de permettre la facturation des frais accessoires au coût réel plus une marge n'excédant pas 15%. Un comité mis sur pied par le ministre décidera du niveau de facturation, comité dont les patients seront absents.

²⁰ Lavoie c. Régie de l'assurance-maladie du Québec, 2013, QCCS 866 (Can II).

²¹ QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE, *Journal des débats de l'Assemblée nationale*, 1^{ere} sess. 40^e légis, 13 juin 2013, « Procès-verbal de l'Assemblée », p. 863 (M. Amir Khadir).

²² Charles PAYETTE, « Frais accessoires, le Ministre Barrette assouplit ses positions » CogecoNouvelles, 17 juin 2015, [en ligne], <<http://www.rythmefm.com/mauricie/actualite/nouvelles/frais-accessoires-le-ministre-barrette-assouplit-722522.html>>

Cette approche du ministre de la Santé et des Services sociaux soulève deux difficultés importantes à l'égard de la *Loi canadienne sur la santé*.

Dans un premier temps, le gouvernement du Québec contrevient déjà, par son inaction et sa tolérance des pratiques de facturation des frais accessoires, à la *Loi canadienne sur la santé*. Le résultat de cette tolérance et de cette inaction est facilement observable par le grand nombre de cliniques qui facturent actuellement des frais accessoires pour toutes sortes d'actes médicaux et ce, depuis plusieurs années déjà.

Dans un deuxième temps, l'encadrement plutôt que l'interdiction pure et simple de la facturation des frais accessoires viendrait légaliser une pratique qui contrevient directement à la *Loi canadienne sur la santé*.

L'impact de l'inaction et de la tolérance du gouvernement du Québec à l'égard des frais accessoires et son intention de les légaliser a d'autres conséquences considérables sur les droits des patients.

Elle crée une inégalité d'accès aux services médicaux. Certains patients n'ont pas les moyens de payer ces frais accessoires, même s'ils sont relativement peu élevés dans certains cas. Ces patients doivent soit se passer des services proposés, soit attendre pendant une longue période pour les obtenir dans le système public, ce qui constitue clairement le développement d'un régime de santé à deux vitesses, au détriment des patients moins fortunés.

Cette approche introduit une distorsion majeure dans l'accès aux soins médicaux. Ce ne sont plus l'urgence et la gravité de la maladie qui sont dorénavant les critères d'accès aux soins de santé, mais plutôt la capacité de payer du patient lorsqu'il a besoin de certains soins. Toute la législation fédérale et provinciale avait jusqu'ici protégé le patient en cherchant à reconnaître à tous les patients un droit d'accès égal aux soins médicaux, peu importe lesquels. Cette brèche considérable dans le droit d'accès des patients aux soins médicaux remet en question le principe le plus fondamental de la *Loi canadienne sur la santé*, dont vous êtes la gardienne, soit le droit d'accès à des soins médicaux sans égard à la capacité de payer du patient.

Le 3 juillet 2015, le gouvernement du Québec a adopté un décret pour suspendre l'entrée en vigueur des articles 73(1) et 79 du *Code de déontologie des médecins*, qui devaient entrer en vigueur le 7 juillet 2015.

Le ministre a par la suite annoncé un amendement au Projet de loi 20²³, lequel porte sur l'accès à la médecine de famille et à la médecine spécialisée ainsi que sur la procréation assistée. Cet amendement vise à encadrer les frais accessoires et non à les interdire. Pourtant, le projet de loi 20 ne porte pas sur les frais accessoires et aucun débat public n'a été initié au Québec sur cette question. Cet amendement sera adopté sans débat public, à la fin des auditions de la Commission parlementaire des affaires sociales sur les autres éléments du projet de loi.

L'amendement proposé modifie l'article 22 de la *Loi sur l'assurance maladie du Québec*, cité plus haut et se lit comme suit, selon le projet qui circule actuellement.

« Article 1 (article 24.1) :

Insérer après l'article 24 proposé par l'article 1 du projet de loi, l'article suivant :

« 24.1 l'article 22 de cette loi est modifié.

1° par le remplacement du neuvième alinéa par les suivants :

« Aucun paiement ne peut être réclamé ou reçu d'une personne assurée, directement ou indirectement pour des frais engagés aux fins de la dispensation de services assurés par un professionnel de la santé soumis à l'application d'une entente ou par un professionnel désengagé. Constituent notamment de tels frais ceux liés :

1° au fonctionnement d'un cabinet privé;

2° aux services fournitures et équipements requis lors de la dispensation d'un service assuré;

3° aux tests diagnostiques effectués dans le cadre de la dispensation d'un service assuré.

Il est de plus interdit de rendre, directement ou indirectement l'accès à un service assuré conditionnel à un paiement par une personne assurée, ou de procurer à celle-ci un accès privilégié à un tel service moyennant paiement.

²³ *Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée, projet de loi no. 20, (étude détaillée-26 mai 2015), 1^{ère} sess., 40^e légis. (Qc).*

Malgré les interdictions énoncées aux neuvième et dixième alinéas, le gouvernement peut par règlement, prescrire des cas et des conditions dans lesquels un paiement est autorisé »: (nos soulignés)

Cet amendement, s'il est adopté, aura pour effet de laisser au gouvernement la discrétion de modifier en tout temps, sans débat public ni débat à l'Assemblée nationale du Québec, les frais accessoires, au gré des pressions et demandes des groupes médicaux. Il pourra augmenter les frais, permettre de les étendre, etc. En ouvrant cette porte, le gouvernement du Québec risque de vider de son contenu la *Loi canadienne sur la santé*.

Le projet d'amendement permettrait au gouvernement, par règlement, d'intervenir précisément pour permettre et élargir la facturation de frais accessoires, laquelle pourrait maintenant s'étendre aux frais de fonctionnement de cabinet privé, aux services, fournitures et équipements requis lors de la dispensation d'un service assuré, ainsi qu'aux tests diagnostiques effectués dans le cadre de la dispensation d'un service assuré.

Contrairement aux affirmations du ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, il n'existe aucune acceptabilité sociale à l'égard des frais accessoires. Si les citoyens du Québec payent ces frais, c'est qu'ils n'ont pas le choix en raison de l'inefficience du système public. Le projet du ministre Barrette a été largement dénoncé, n'étant appuyé essentiellement que par l'Association des cliniques privées du Québec et les Fédérations syndicales médicales (FMOQ, FMSQ). Le Collège des médecins a pris acte de la volonté du gouvernement du Québec d'encadrer plutôt que d'interdire les frais accessoires. Malheureusement, le Collège a promis d'appliquer les articles 73(1) et 79 du Code de déontologie avec flexibilité (au détriment des patients). Seule l'Association médicale du Québec s'est opposée au projet du ministre Barrette, l'invitant plutôt à chercher des économies du côté de certaines pratiques médicales inutiles ou coûteuses. Aucun autre groupe de la société et particulièrement, aucun groupe de patients, n'a appuyé une telle démarche du ministre.

Une coalition a dénoncé la logique de profit derrière les amendements proposés.²⁴ Elle a réitéré le 14 septembre 2015, dans un regroupement plus large, la même dénonciation.

Les interventions fédérales à ce jour

Le problème des frais accessoires n'est pas nouveau. Déjà, en 1979, le juge Emmett Hall, que l'on considère comme l'un des pères de l'actuelle *Loi canadienne sur la santé*, avait

²⁴ RADIO-CANADA, « Frais facturés aux patients : tirs groupés contre l'amendement Barrette » 14 septembre 2015, [en ligne], < <http://m.radio-canada.ca/nouvelles/Politique/2015/09/14/001-frais-accessoires-organisations-contre-amendements-ministre-gaetan-barrette.shtml>>

spécifiquement enquêté sur cette question et avait produit un rapport qui recommandait fermement la prohibition de la surfacturation. Ses recommandations furent introduites dans la *Loi canadienne sur la santé* en 1984.

Depuis 1995, votre ministère est préoccupé par les frais de fonctionnement des cliniques (*facility fees*) que facturent les cliniques privées en plus de la rémunération que reçoivent les médecins du régime public. L'une de vos prédécesseurs, la ministre Diane Marleau avait déjà averti toutes les provinces, en 1995, que de tels frais contrevenaient clairement à la *Loi canadienne sur la santé* et feraient l'objet de mesures de recouvrement.

Au fil des années, votre gouvernement a retenu à plusieurs reprises des contributions dues à des provinces qui permettaient la surfacturation. La lecture des rapports annuels de votre ministère sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé* est éloquente.

Le dernier rapport annuel sur l'application de la loi contient un tableau des nombreuses interventions de votre gouvernement dans plusieurs provinces pour faire cesser les paiements des frais accessoires. Toutes vos interventions ont mené à ce jour à la cessation de l'imposition de ces frais aux patients, les provinces ne pouvant se permettre de se passer de la contribution fédérale. Cependant, à ce jour, aucune intervention de votre part ou de vos prédécesseurs n'a été faite au Québec pour faire cesser ces pratiques, bien que l'ampleur et la durée des contraventions y ont atteint un niveau intolérable pour les patients. Tout au plus quelques échanges ont eu lieu il y a plusieurs années.

Les interventions fédérales auprès du Québec

Dans ce contexte, il est intéressant de rappeler certaines interventions faites par votre ministère auprès du Gouvernement du Québec dans le passé.

Le 23 août 1995, la sous-ministre fédérale de la santé, Michèle St-Jean, s'informe de la position du Québec concernant les frais exigés par les cliniques privées pour des services médicalement assurés.

Le 6 octobre 1995, le sous-ministre québécois de la santé, Luc Malo, assure la sous-ministre fédérale que le cadre législatif en vigueur au Québec interdit formellement l'imposition des frais accessoires dans toutes les cliniques privées du Québec, pour des services assurés et médicalement nécessaires.

Le gouvernement fédéral était alors préoccupé par le fait que certaines cliniques privées d'avortement facturaient les femmes qui requéraient un tel acte pour certains services.

Le sous-ministre québécois rappelait à la sous-ministre fédérale qu'en vertu d'une entente intervenue entre la Fédération des médecins omnipraticiens et le gouvernement du Québec, il n'y avait aucune disposition particulière qui permettait à un omnipraticien d'exiger quoi que ce soit d'une patiente qui requiert un avortement. Le sous-ministre confirmait qu'il était clair que les frais accessoires facturés par les cliniques sont interdits et illégaux, pour tout avortement thérapeutique effectué en clinique privée.

La sous-ministre fédérale demeurait inquiète malgré cette assurance du sous-ministre et insistait à nouveau pour que le Québec se conforme à la *Loi canadienne sur la santé*.

Malgré cet échange de courrier, la situation n'a pas changé et le gouvernement du Québec a continué, malgré ses dires, à ne pas intervenir et de permettre ainsi aux cliniques privées de réclamer des sommes additionnelles aux femmes car, sans cela, ces cliniques auraient dû fermer leurs portes selon les prétentions de ces dernières. On conclut que les sommes additionnelles étaient en fait versées pour l'anesthésie, le counselling et l'échographie.

Le gouvernement fédéral lui-même n'a pas poursuivi ses démarches, tant et si bien que les pratiques de surfacturation ont continué dans les cliniques d'avortement et se sont étendues graduellement à un grand nombre de cliniques pour d'autres services.

Les recours collectifs

En présence d'une situation qui perdurait, un organisme impliqué dans les questions d'avortement, l'Association pour l'accès à l'avortement, a déposé en 2002, un recours collectif contre le gouvernement du Québec pour faire indemniser toutes les femmes qui, depuis 1999, avaient déboursé des sommes pour avoir accès à l'avortement. En effet, au Québec, le délai de prescription (délai pour poursuivre) est de trois ans en cette matière.

Le 17 août 2006, le gouvernement du Québec a été condamné à payer plus de 10 millions en dommages, plus les intérêts et l'indemnité additionnelle, en raison du non respect des dispositions de la *Loi sur l'assurance maladie* qui interdit la surfacturation²⁵. Quelques paragraphes de ce jugement méritent d'être cités :

« [100] Le recours cherche à faire indemniser les femmes pour les sommes qu'elles ont dû payer pour obtenir un service assuré; en d'autres termes, le recours cherche à faire reconnaître que le gouvernement, en toute connaissance de cause, a permis la mise en place d'un système qui contrevient à ses lois, tout en le sachant, mais en le permettant pour des raisons financières.

²⁵ *Association pour l'accès à l'avortement c. Québec (Procureur général)*, 2006 QCCS 4694 (CanLII).

[104] *Le Gouvernement du Québec, conservant toujours le pouvoir d'amender ou d'abroger les lois, ne peut prendre de décisions politiques qui ont comme conséquences de faire en sorte qu'elles ne soient pas respectées ou qu'elles soient contournées, que ce soit par l'État ou ses citoyens.*

[105] *L'État ne peut, pour des raisons politiques ou économiques, prendre des mesures qui amènent des organismes qu'il a créés et dont il dicte la conduite, de pouvoir contourner les lois ou à permettre la mise en place de systèmes qui y contreviennent.*

[106] *Les citoyens ne peuvent faire indirectement ce que la loi leur interdit; il en est ainsi pour l'État. Permettre aux cliniques privées d'exiger des frais supplémentaires, pour des services assurés, et ce en sachant qu'il y va de leur survie, érige en système ce que la loi interdit.*

[107] *De plus, l'État sait très bien que les femmes ne paient pas pour recevoir des conseils, une échographie ou des médicaments. L'État sait très bien que les femmes paient un supplément pour des services assurés mais se ferme les yeux et le tolère. Il ne suffit pas de permettre d'utiliser des mots différents qui ne reflètent pas la réalité pour résoudre un problème.*

[109] *L'État est donc responsable du dommage causé à autrui en obligeant la mise en place de structures qui contreviennent à ses lois; l'État a l'obligation de prendre des décisions politiques qui respectent ses lois.*

[110] *L'objet de la LAM [NDLR : Loi sur l'assurance maladie) et de ses règlements est de s'assurer que les citoyens du Québec puissent recevoir des soins de santé sans en défrayer les coûts lorsque le service est assuré; la loi détermine ce qui est assuré et ce qui est exclu et l'avortement est un service inclus.*

[112] *L'État ne peut plaider l'immunité puisqu'il ne peut prendre de décisions politiques ou administratives qui ne respectent pas les lois qu'il a adoptées; l'immunité n'a pas pour objet de permettre à l'État de contourner ses propres lois ou de permettre à des tiers d'agir ainsi.*

[131] *De plus, le Tribunal conclut que ce n'est pas la LAM qui cause problème mais plutôt son non-respect, non seulement toléré mais encouragé par le gouvernement et ce, pour des raisons économiques. »²⁶*

²⁶ *Id.*, par. 151.

L'analyse de ce jugement nous apparaît extrêmement pertinente à plusieurs égards.

D'une part, les dispositions législatives et réglementaires n'ont pas changé depuis le milieu des années 90. Ce sont exactement les mêmes dispositions qui sont toujours en vigueur à l'égard de la surfacturation.

D'autre part, les mêmes pratiques se sont développées dans des dizaines, voire des centaines de cliniques médicales au Québec.

Il est inacceptable que les citoyens doivent s'adresser aux tribunaux pour faire appliquer la loi, alors que cette responsabilité revient aux autorités gouvernementales, tant fédérale que provinciale. Celles-ci ne peuvent plus pratiquer la politique de l'autruche et faire semblant que la situation actuelle est acceptable.

Le jugement de la Cour dans l'affaire de l'Association pour l'accès à l'avortement établit clairement la responsabilité du gouvernement qui laisse ses lois être violées en toute impunité lorsque cette violation cause préjudice aux citoyens.

Dans ce contexte, même si le gouvernement provincial engage directement sa responsabilité, il nous apparaît évident que le gouvernement fédéral pourrait faire l'objet du même recours s'il tolère des situations dont il est bien au fait. Dans le cas de l'avortement, le gouvernement fédéral était au fait du problème dès 1995, mais il n'a rien fait, obligeant les citoyens à s'adresser aux tribunaux pour faire appliquer et respecter la loi dont le gouvernement fédéral est responsable de l'application. Il est intolérable que le gouvernement fédéral laisse une province contrevenir de façon aussi flagrante à une loi qui lie tout autant la province que le gouvernement fédéral.

Le ministre Barrette estime à 50 millions ce qu'il lui en coûterait pour ramener les services dispensés par les cliniques privées dans le système public. Autrement dit, ce sont les patients qui assument cette somme actuellement. Ce serait donc le montant à retenir si le ministre allait de l'avant avec son projet de règlement ou, même s'il ne poursuivait pas l'adoption de cet amendement, simplement en tolérant les activités de surfacturation actuelles.

Cette situation tolérée par le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec perdure dans un contexte où, depuis 2007, les médecins ont obtenu le droit de s'incorporer, ce qui leur a donné un avantage fiscal de 150 à 200 millions (supporté par l'ensemble des contribuables) et, depuis 2006, les médecins ont obtenu des augmentations salariales qui se situent bien au-delà de l'accroissement des salaires de la majorité des citoyens du Québec (plus de 40% d'augmentation). Il est donc inéquitable

de faire supporter par les patients les coûts du fonctionnement des cliniques pour assurer une rémunération encore plus profitable aux propriétaires de ces cliniques.

D'autres recours collectifs ont été réalisés avec succès ou ont été déposés²⁷. Cependant, cela ne suffit pas à faire cesser la facturation de frais accessoires, en plus d'imposer un lourd fardeau aux patients québécois. Sitôt un dossier réglé, la même pratique se poursuit. C'est pourquoi la situation commande une intervention plus drastique que de laisser aux tribunaux le soin de compenser les victimes de temps à autre.

Votre gouvernement est bien au fait du problème. Dans un rapport de 2012, intitulé « Un changement transformateur s'impose »²⁸ le Comité sénatorial des affaires sociales rappelait :

« Cependant, de nombreux mémoires soumis au comité font état de préoccupations à l'égard de l'application de la Loi par le gouvernement fédéral. En particulier, on mentionne que des cliniques privées surfacturent des services prévus par la Loi en exigeant des frais pour recevoir ces services. On cite entre autres une étude publiée dans le Canadian Journal of Gastroenterology qui a conclu que 31,7% des patients traités en clinique privée devaient payer des frais pour des services de colonoscopie couverts par la Loi.²⁹ Par conséquent, le gouvernement fédéral doit jouer un rôle plus proactif dans l'application de la Loi, notamment en ce qui a trait aux frais d'utilisation et à la surfacturation, car il est le premier responsable des soins de santé. En outre, des témoins ont recommandé la création d'un cadre de responsabilisation qui exigerait des provinces et territoires qu'ils enquêtent sur le respect de la Loi par les cliniques.³⁰

Toutefois, le comité a reçu des mémoires citant des cas de contravention à la Loi par des cliniques privées et exigeant que les gouvernements fédéral, provinciaux et des territoires jouent un rôle proactif relativement à ces contraventions et à

²⁷ *Lavoie c. Régie de l'assurance-maladie du Québec*, 2013 QCCC 866 (CanLII). Le ministre Bolduc a annoncé le remboursement des frais illégaux perçus six jours après le dépôt de la requête. Un nouveau recours collectif fondé entre autres sur la poursuite des mêmes pratiques, a été déposé en mai 2014, d'abord contre la RAMQ et deux cliniques privées, puis graduellement contre des dizaines d'autres cliniques. *Léveillé c. RAMQ et al.*, C.S. Mtl no. 500-06-000695-144.

²⁸ COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE, document de travail « Un changement transformateur s'impose : Un examen de l'Accord sur la santé de 2004 », Mars 2012, [en ligne].

<<http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/411/soci/rep/rep07mar12-f.pdf>>

²⁹ Par exemple, MÉDECINS CANADIENS POUR LE RÉGIME PUBLIC, « Un grand rôle fédéral pour améliorer le régime de santé du Canada, mémoire au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, présenté le 4 novembre 2011 ».

³⁰ *Id.*, p. 81.

l'application des principes de la Loi. Par conséquent, le comité fait la recommandation suivante.

RECOMMANDATION 40

Que les pouvoirs publics de tous ordres prennent des mesures pour faire respecter la Loi canadienne sur la santé et veiller à une plus grande responsabilité envers les Canadiens en ce qui a trait à son application.»³¹

C'est dans cette optique et cette responsabilité d'un rôle proactif du gouvernement fédéral dans le maintien du régime de santé canadien que les présentes vous sont acheminées.

Votre intervention

Votre intervention immédiate est requise, d'abord pour faire connaître clairement votre position à l'égard de l'application de la *Loi canadienne sur la santé*, et plus précisément sur le fait que celle-ci interdit la perception des frais accessoires par les médecins.

Nous vous demandons d'intervenir afin de :

1. Faire cesser immédiatement la pratique de facturation des frais accessoires dans les cliniques privées du Québec;
2. Mettre immédiatement en branle les processus vous permettant ultérieurement de retenir des sommes dues au titre de la contribution fédérale en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, tant que le gouvernement du Québec n'aura pas purement et simplement interdit la facturation des frais accessoires qui sont actuellement imposés aux québécois.

Nous vous demandons en outre d'intervenir et d'aviser sans délai le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, le docteur Gaétan Barrette, que vous n'accepterez pas qu'il se contente d'encadrer les frais accessoires, comme il projette de le faire et qu'un tel projet contrevient directement à la *Loi canadienne sur la santé* et justifie la mise en oeuvre des mécanismes permettant de retenir les contributions dues au Québec. Vu l'adoption imminente des amendements à la *Loi sur l'assurance maladie*, votre intervention doit se faire dans les prochains jours. Il ne faut pas attendre après le 19 octobre 2015 pour intervenir car la loi québécoise sera déjà adoptée.

Votre gouvernement partage la même responsabilité que le gouvernement du Québec à l'égard des frais accessoires. Vous devez être bien consciente que l'inaction de votre

³¹ *Id.*, p. 82.

gouvernement engage directement sa responsabilité légale envers les patients de tout le Canada. Nous vous invitons à agir sans délai pour éviter que les tribunaux ne soient appelés à vous forcer à assumer vos responsabilités. Vous devez agir et intervenir pour protéger les patients québécois et, par ricochet, tous les patients canadiens contre la pratique des frais accessoires qui est en voie de miner les fondements du régime canadien de santé.

Veillez agréer, madame la Ministre, l'expression de nos salutations distinguées.

MÉNARD, MARTIN,

(s) Jean-Pierre Ménard

Jean-Pierre Ménard, Ad. E.