

# LA SURFACTURATION MÉDICALE

## QUAND LE MÉDECIN VEUT NOUS FAIRE PAYER DES SOINS COUVERTS

D<sup>res</sup> Camille Gérin et Dounia Kayal  
Médecins québécois pour le régime public (MQRP)

Les patients doivent payer de plus en plus souvent pour recevoir certains soins couverts par l'assurance maladie, en particulier dans les cabinets de médecins. Pourtant, les règles sont claires. Elles tiennent en une seule phrase : tout ce qui est médicalement nécessaire doit être accessible gratuitement pour le patient.

Malgré cela, les citoyens se font facturer de plus en plus de frais accessoires exigés lors de visites médicales, bien au-delà des rares exceptions permises par la loi. Vulnérables face aux difficultés d'accès et à la complexité du système et dépendants de leur médecin, les usagers ne sont pas en position de refuser de payer des sommes souvent élevées. Compromettre ainsi l'accès aux soins en érigeant des barrières tarifaires conduit au développement sournois d'un système de santé à deux vitesses. C'est une situation inacceptable qui doit être dénoncée.

### 1 Cadre légal

Afin de bien comprendre le problème des frais facturés aux patients pour des soins médicalement requis, revoyons les lois et règlements encadrant notre système de santé et la facturation des services non assurés.

#### Loi canadienne sur la santé

La Loi canadienne sur la santé (LCS) établit des critères auxquels toutes les provinces doivent se conformer pour recevoir les pleins transferts fédéraux en matière de santé. En ce qui a trait aux frais accessoires, les principes d'intégralité, d'accessibilité et l'interdiction de surfacturation doivent être appliqués. Pour être conforme à la LCS, le système public de santé du Québec devrait donc interdire toute forme de frais aux patients dans le cadre de la prestation de services médicalement nécessaires<sup>1</sup>, une pratique pourtant courante.

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

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

Ces deux lois confirment les principes d'intégralité et d'accessibilité de la LCS en couvrant tous les soins et services médicalement requis prodigués par les hôpitaux et les médecins au Québec. La loi est sans équivoque : dans le cadre d'une prestation de services assurés, toute facturation directe au patient non explicitement permise par entente ou par règlement est interdite. Point à la ligne.

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

La liste des frais facturables au patient dans le respect de la loi et des ententes est assez courte. Des frais peuvent être exigés dans les situations suivantes<sup>2</sup> :

- 1** Par un médecin non participant (médecin désaffilié de la RAMQ qui n'accepte pas la carte-soleil et que les patients doivent payer directement);
- 2** Pour des services non assurés ou non considérés assurés. Ceux-ci sont cités dans l'article 22 du Règlement d'application de la LAM<sup>3</sup> et comprennent notamment :
  - a. Les services fournis par correspondance et télécommunication (consultations téléphoniques, renouvellements d'ordonnance par téléphone);
  - b. Les visites dans le seul but de renouveler une ordonnance;
  - c. Certains actes d'imagerie lorsque pratiqués hors établissement (échographies, scans et résonance magnétique en clinique).

Il est intéressant de noter que la tarification pour ces services non assurés n'est pas régulée et demeure à la discrétion du médecin. De plus, il est troublant de



constater que les prix suggérés varient beaucoup selon les fédérations et les associations médicales, qui proposent chacune des grilles tarifaires aux montants très variables.

- 3** À titre de compensation pour les frais accessoires. En ce qui concerne les frais accessoires pour la prestation de services assurés (donc médicalement requis), les seuls frais exigibles par un médecin sont le coût des médicaments et agents anesthésiques administrés en cabinet, de même que ceux de stérilet, du matériel pour plâtre, de l'attelle et du « taping »<sup>4</sup>. De plus, le médecin peut obtenir compensation auprès du patient pour la rédaction d'un formulaire médical<sup>5</sup>, sauf dans certaines exceptions<sup>6</sup>, par exemple les formulaires de la CSST<sup>7</sup>. Ces dispositions ne respectent toutefois pas l'esprit de la LAM puisque les plâtres ou les agents anesthésiques étant utilisés dans le contexte d'un service médicalement requis, leur coût devrait en principe être couvert en cabinet, comme il l'est dans les hôpitaux.

Une portion souvent méconnue du grand public de la rémunération reçue par les médecins pratiquant en cabinet s'appelle, dans le jargon, la « composante technique ». En effet, les médecins pratiquant en cabinet et rémunérés par la RAMQ obtiennent pour la plupart des actes assurés une rémunération supplémentaire, de l'ordre de 20 à 70 % (selon les sources consultées), afin de compenser les frais de la pratique en bureau. Cela permet, par exemple, de couvrir les coûts du loyer et du secrétariat. En établissement (hôpitaux et CLSC), ces dépenses sont plutôt assumées par l'administration publique.

Collège des médecins. Saluons le fait que ce dernier ait récemment adopté une mise à jour de son Code de déontologie statuant plus clairement que les médecins ne peuvent réclamer de montants disproportionnés, mais qu'ils peuvent plutôt « demander des frais qui correspondent au prix coûtant des fournitures médicales, notamment les attelles ou les médicaments, auxquels pourront s'ajouter des frais d'administration raisonnables incluant notamment les frais pour l'entreposage et la conservation<sup>9</sup> ».

## Frais administratifs illégaux

Certains frais de type administratif sont exigés par les médecins et suggérés par les fédérations sous le couvert d'une contribution aux frais de gestion de cabinet. On exige ainsi des usagers des frais d'ouverture de dossier, de photocopies, d'entreposage des vaccins, etc. Pourtant, tous ces frais administratifs sont accessoires à des services médicalement nécessaires et ne sont pas explicitement exclus de la couverture publique. De plus, ils sont compris dans la portion de la rémunération du médecin dédiée aux frais de cabinet (composante technique). Ils apparaissent donc illégaux, comme le rappelle la RAMQ<sup>10</sup>.

## Frais pour vaccination

Il n'est pas rare que des cliniques pédiatriques demandent de 15 \$ à 30 \$ par vaccin de routine en prétextant des frais d'entreposage et de matériel. Pourtant, les vaccins sont fournis gratuitement aux cliniques par les départements de santé

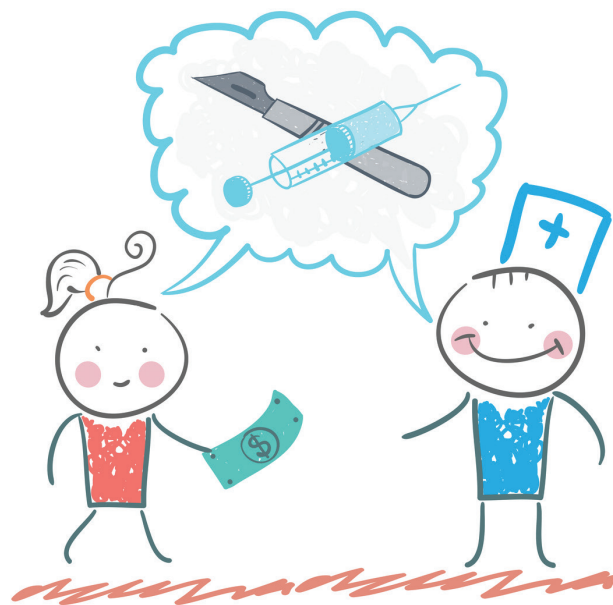
## 2 Comment s'y retrouver? Quelques exemples de frais accessoires

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

« Il y a quelques années, Gabriel a eu rendez-vous avec un spécialiste en ophtalmologie qui lui a facturé 40 \$ pour lui administrer des gouttes nécessaires à un examen de la vue. Ayant trouvé ce montant exorbitant, Gabriel est allé consulter un pharmacien au sujet du coût des gouttes. Selon le pharmacien, il s'agissait d'un produit qui ne coûtait pas plus d'un dollar. L'ophtalmologue a donc facturé 40 fois le coût réel. L'ophtalmologue a donc facturé 40 fois le coût réel. Afin de s'opposer à ces frais abusifs, Gabriel a écrit une lettre à la RAMQ, qui l'a dirigé vers le Collège des médecins. Plusieurs mois plus tard, Gabriel reçoit un chèque de 20 \$ de la part de l'ophtalmologiste, sans aucune autre explication.<sup>8</sup> »

Il est courant de faire payer des médicaments ou agents anesthésiques jusqu'à plus de 20 fois leur coût réel. De même, certains médecins demandent des frais exorbitants pour l'injection d'un agent anesthésique local lors de procédures dermatologiques ou même pour administrer un sédatif avant une colonoscopie. Même si les ententes prévoient que le médecin pratiquant en cabinet peut obtenir une compensation pour ces médicaments, on assiste à une facturation de frais disproportionnés.

Il est à noter que les patients avaient jusqu'à tout récemment peu de recours dans ces situations. La RAMQ ne reconnaissant pas ces plaintes, elle les redirigeait vers le



publique. Cette pratique illégale est faussement légitimée par le fait que certaines assurances privées remboursent ces frais et que les « grilles tarifaires » des fédérations de médecins suggèrent des prix « à titre indicatif » à cet égard.

### Forfaits annuels pour frais « non assurés »

« Rencontre avec le psychiatre 500\$. Il s'agit d'un forfait administratif valide pour un an à partir de la date de l'évaluation et qui couvre un ensemble d'actes non assurés par la RAMQ en bureau privé (c'est-à-dire la consultation de votre dossier incluant tous les documents envoyés, les notes des évaluatrices, les grilles et les discussions avec l'équipe). On inclut deux prescriptions à la pharmacie et un des documents suivants : soit un court certificat d'attestation médicale, soit le formulaire de médicament/patient d'exception, soit une brève lettre pour mesures adaptatives, formulaire de déficiences fonctionnelles majeures. Les formulaires plus complexes, tels que ceux pour le gouvernement ou les assurances, sont facturés en fonction de la grille de tarifs de l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ). La carte d'assurance maladie couvre seulement la consultation et la rencontre avec l'accompagnateur.<sup>11</sup> »

Le forfait mentionné dans cet exemple correspond à un montant annuel facturé au patient pour des services non assurés dont il pourrait avoir besoin. Pourtant, lorsqu'un médecin souhaite facturer des frais au patient, il doit

obligatoirement afficher les tarifs à la vue des patients, s'en tenir à ceux-ci et remettre une facture détaillée au patient. C'est la loi. Il est donc illégal de facturer des « forfaits annuels » puisque, lors du paiement, les services exacts n'auront pas encore été rendus (et ne le seront peut-être jamais) : leur nombre demeure inconnu et, par conséquent, une facture détaillée ne peut donc être produite, conformément à la loi.

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

### Frais pour obtenir un rendez-vous

Plusieurs cliniques exigent des sommes aux patients pour obtenir un accès au médecin en dehors des heures d'ouverture habituelles ou pour un accès privilégié au sans rendez-vous<sup>12</sup>. Or, demander de l'argent en échange d'un rendez-vous rapide est contraire à la loi.

### Coopératives de santé

Dans le cas des coopératives, implantées en régions rurales, les patients achètent un certain nombre de parts sociales et paient une cotisation annuelle pour accéder à un médecin. Bien que ces frais soient présentés comme une « contribution volontaire », selon les témoignages récoltés, les usagers les perçoivent comme des frais d'adhésion à la coopérative obligatoires pour avoir accès à un médecin de famille. Encore une fois, la notion d'accès privilégié au médecin contre paiement est au cœur du problème.

### Autres professionnels de la santé

Au cours des dernières années, on a assisté à une transformation rapide des approches et des pratiques cliniques. L'époque du médecin qui travaillait en cabinet solo est maintenant révolue, laissant place à des modèles de collaboration interdisciplinaire fondé sur la dyade médecin-infirmière ou infirmier. Or, les ajustements nécessaires au sein du régime d'assurance maladie et des lois encadrant la pratique médicale n'ont pas suivi le rythme, ouvrant une autre porte aux frais accessoires abusifs.

En effet, les actes effectués par les infirmières sont dans certains cas facturés aux patients. Ainsi, une clinique spécialisée



de Montréal demande à ses patients de prévoir des frais pour la consultation avec l'infirmière lors de leur rendez-vous, frais qui varient entre 30 \$ et 200 \$<sup>13</sup>, pour des services qui devraient pourtant être gratuits, parce qu'ils sont assurés par la RAMQ, s'ils étaient prodigués par le médecin plutôt que par l'infirmière, ou s'ils étaient réalisés par une infirmière en CLSC, en GMF ou à l'hôpital (ex. : dépistage ITSS, cytologie).

### **3 Impacts sur les patients**

Nous nous inquiétons d'abord et avant tout de la prolifération des frais accessoires en raison de leurs impacts néfastes sur la santé des citoyens.

#### **Un accès inéquitable**

Les frais facturés aux usagers, de façon légale ou illégale, engendrent de profondes injustices au sein de notre système de santé. En effet, les patients qui en ont les moyens ont un accès privilégié aux soins. Pourtant, il serait possible de freiner l'expansion de ce système à deux vitesses si la loi était simplement mieux appliquée.

« Les patients sont placés en situation d'insécurité et de vulnérabilité. Ils sont en conséquence davantage prêts à déboursier pour eux et leur famille afin d'obtenir une garantie d'accès au professionnel de la santé en temps opportun lorsque surgit le besoin.<sup>14</sup> »

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

Le patient, pris en otage dans ce système, est obligé de payer pour avoir accès à des soins dont la pertinence et le degré d'urgence peuvent être teintés par la notion de renta-



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

#### **Patients mal informés**

« Les personnes assurées ont, pour leur part, de plus en plus de difficulté à déterminer la légalité des frais qui leur sont facturés en cabinet privé.<sup>15</sup> »

Cette situation perverse a aussi comme effet de « normaliser », pour le patient, le fait de devoir payer. Les usagers s'habituent ainsi à sortir leur portefeuille chaque fois que leur enfant reçoit un vaccin, qu'ils veulent obtenir une place garantie au sans rendez-vous, qu'ils doivent payer un forfait pour obtenir ou pour conserver l'accès à un médecin de famille.

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

#### **Processus de plainte complexe**

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

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

## 4 Quels recours existe-t-il pour les usagers?

**Lorsqu'un médecin facture des frais, il faut toujours demander une facture détaillée et conserver la preuve de paiement.**

- 1 Il peut être parfois difficile de distinguer les frais légaux des frais illégaux. Vous pouvez vous référer à l'outil ci-joint et au site de la RAMQ : <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecins-specialistes/facturation/legalite-frais-demandes/Pages/medecin-participants-desengages.aspx>.
- 2 Il est important de dénoncer les pratiques de surfacturation et de facturation illégale, qui constituent une barrière financière à l'accès aux soins. Nous vous encourageons à les signaler à la RAMQ, qui doit exercer les responsabilités que la loi lui confère en ne tolérant aucune pratique de facturation illégale ou déraisonnable et au Collège des médecins, qui doit protéger le public et s'assurer du respect par ses membres de leur Code de déontologie. Vous trouverez un exemple de lettre de dénonciation à l'adresse suivante : <http://www.mqrp.qc.ca/lettre.docx>.
- 3 Une requête pour autoriser un recours collectif a été déposée en mai 2014 contre la RAMQ et le ministère de la Santé et des Services sociaux pour les cas de surfacturation illégale en cabinet : <http://www.surfacturation.ca/>. Vous pouvez vous y inscrire par le site Web si vous avez été victimes de surfacturation en clinique médicale.

## 5 Solutions

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

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

Le ministère de la Santé et des Services sociaux doit faciliter le processus de plainte et de remboursement pour les patients et fournir mandat et ressources à la RAMQ pour lui permettre de réaliser les enquêtes nécessaires et d'imposer les amendes prévues par la loi.

La RAMQ doit d'abord informer clairement les médecins pratiquant en cabinet de l'illégalité de certains frais qu'ils y facturent. Ensuite, elle doit assumer son rôle de protecteur de la loi en sévissant contre la facturation de frais illégaux.

Si le ministère de la Santé et les fédérations ont à renégocier des ententes pour assurer un financement adéquat de la composante technique, cela doit se faire dans les ententes publiques, sans reléguer la facture aux patients. Le patient ne devrait jamais être pris en otage.

On doit s'inquiéter des modèles de soins impliquant une prestation privée des soins, comme le projet des supercliniques évoqué par le gouvernement actuel. En effet, en augmentant la prestation de soins spécialisés en cabinet, on risque d'assister à une facturation accrue de frais accessoires. Au contraire, un mouvement vers une plus grande prestation publique de soins de santé en établissement ou en cabinet gérés par le système public plutôt que par des intérêts privés serait une voie praticable vers l'élimination des frais imposés aux patients pour des soins médicalement requis. Ainsi, on pourrait revaloriser le concept du CLSC, puisque sa multidisciplinarité, sa proximité avec la communauté et sa place claire dans le CSSS et le réseau

constituent des atouts gagnants. En ce moment, c'est d'ailleurs le seul endroit hors hôpital où les patients ont un accès gratuit à plusieurs professionnels de la santé (physiothérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, orthophonistes, travailleurs sociaux...). Le même modèle pourrait être étendu à plusieurs cliniques d'omnipraticiens.

Il y a finalement urgence de garantir que la délégation d'actes médicaux ne devienne pas une excuse pour facturer le patient. Il faudra encadrer l'évolution du système de santé pour s'assurer que tout soin médicalement requis soit assuré directement et intégralement par la RAMQ, élargissant la couverture publique aux soins prodigués hors établissement, incluant par d'autres professionnels que les médecins, comme les infirmières et les pharmaciens.

La multiplication des frais facturés aux patients, sous prétexte de compenser des frais de gestion, s'inscrit dans une logique de maximisation des profits. La médecine n'est pourtant pas une relation d'affaires, il s'agit d'une relation humaine et professionnelle. Il est essentiel de régler rapidement la question des frais facturés aux patients. La solution est la couverture publique, qui permet d'assurer l'accès gratuit à des soins de qualité sans



égard à la capacité de payer et de protéger l'intégrité de la profession médicale.

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

1. Médicalement nécessaire : « relié à un processus de guérison ou de prévention de la maladie » (*Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*, LRQ, c A-29, r. 5, art. 22).
2. Régie de l'assurance maladie du Québec. (2010). *Infolettre 199. Rappel à propos de la facturation de frais illégaux*. Repéré à <http://www.ramq.gouv.qc.ca/sitecollectiondocuments/professionnels/infolettres/2010/info199-0.pdf>
3. *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*, LRQ, c A-29, r. 5, art. 22.
4. Régie de l'assurance maladie du Québec (2006). *Manuel des médecins omnipraticiens (n° 100)*, c 7, règle 1.1.4. Régie de l'assurance maladie du Québec (2006), *Manuel des médecins spécialistes (n° 150)*, c 8, règle 2.1.
5. Régie de l'assurance maladie du Québec (2006). *Manuel des médecins omnipraticiens (n° 100)*, c 7, règle 1.1.4.
6. Régie de l'assurance maladie du Québec (2011). *Infolettre 031. Frais accessoires – Formulaire médicaux identifiés à l'annexe XI de l'Entente*. Repéré à [http://www.ramq.gouv.qc.ca/sitecollectiondocuments/professionnels/infolettres/2011/papillon\\_frais\\_accessoires.pdf](http://www.ramq.gouv.qc.ca/sitecollectiondocuments/professionnels/infolettres/2011/papillon_frais_accessoires.pdf).
7. Régie de l'assurance maladie du Québec (2006). *Manuel des médecins omnipraticiens (n° 100)*, onglet B, sections b-22 à b-30.
8. Témoignage recueilli par le comité lutte en santé de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles (Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. « Les frais illégaux et abusifs en santé : une faille importante de notre système public de santé et de services sociaux », publié le 13 décembre 2012, récupéré de <http://ccpsc.qc.ca/frais>).
9. Extrait de modifications au Code de déontologie des médecins – guide explicatif – Collège des médecins du Québec, p. 10.
10. Régie de l'assurance maladie du Québec (2012). *Frais facturés par un médecin*. Repéré à <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/soins/Pages/frais-facture-medecin.aspx>.
11. <http://www.cliniquetdah.com/les-couts>.
12. Bonjour-santé, par exemple, facture 15 \$ au patient qui veut se réserver une place dans un sans rendez-vous à une heure fixée d'avance. Il n'est pas clair si toutes les places du sans rendez-vous d'une clinique peuvent être comblées par Bonjour-santé, ce qui équivaldrait à imposer des frais pour voir un médecin puisque ceux qui ne passent pas par ce système risquent d'être refusés si la capacité est atteinte avec les patients « payant » leur place.
13. [http://www.cliniquea.ca/CliniqueArueMcGill\\_Rendez-vous.html](http://www.cliniquea.ca/CliniqueArueMcGill_Rendez-vous.html).
14. Marie-Claude PRÉMONT (2011). « Les paiements de patients pour des soins payés par les fonds publics », *Revue Vie Économique*, 3 (1), p. 8.
15. Gouvernement du Québec (2008). *Rapport du groupe de travail sur le financement du système de santé. En avoir pour notre argent*.

# Un **DOSSIER** en évolution

Le dossier de la surfacturation médicale en clinique médicale a connu plusieurs rebondissements au cours des derniers mois. D'abord, le 15 mai 2014, Philippe Léveillé, un ingénieur de la région de Montréal, a déposé une requête à la Cour supérieure en vue d'obtenir l'autorisation d'exercer un recours collectif contre les médecins et les cliniques médicales qui pratiquent une surfacturation. M. Léveillé est représenté par le cabinet Grenier Verbauwhede Avocats, qui a remporté le recours collectif relatif au Lucentis, un médicament utilisé dans les cas de dégénérescence maculaire. Le recours collectif intenté vise d'abord à rétablir une véritable gratuité de tous les soins médicalement requis afin d'en assurer une accessibilité universelle. Un remboursement des frais engagés et le versement de dommages sont également réclamés.

Le 15 juillet, 17 autres cliniques étaient ajoutées à la requête. Puis, en novembre, une trentaine de cliniques d'omnipraticiens, de radiologistes, de chirurgiens, d'orthopédistes, de physiatres, de gastroentérologues, de dermatologues, d'obstétriciens gynécologues, d'oto-rhino-laryngologistes et d'optométristes sont venues allonger cette liste. Au total, depuis le dépôt du recours collectif, une cinquantaine de cliniques ont été ajoutées à la demande de patients victimes de surfacturation en clinique médicale. En outre, le recours vise non seulement des cliniques, mais également la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le Collège des médecins.

Pour plus d'information concernant ce recours collectif, visitez le [www.surfacturation.ca](http://www.surfacturation.ca).

## Sortie publique de l'AREQ

Le 16 novembre 2014, l'AREQ a tenu une conférence de presse, en compagnie de quatre autres associations, pour dénoncer la facturation médicale illégale et inviter ses membres à s'inscrire au recours collectif. Outre l'AREQ, les organisations présentes étaient Médecins québécois pour le régime public (MQRP), le Conseil pour la protection des malades, la Coalition Solidarité Santé et la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles.



Le président de l'AREQ a rappelé qu'« il est souvent difficile de départager les frais qui sont légaux ou légitimes et ceux qui ne le sont pas. Dans le doute, trop de personnes âgées se taisent et ramassent la facture. Aussi, dans un contexte où l'accès à un médecin devient de plus en plus difficile et où les délais d'attente pour une consultation avec les spécialistes s'allongent, elles hésitent à s'opposer au paiement de frais réclamés lors d'une consultation, surtout s'ils sont présentés comme étant inévitables ».

## Réaction du Collège des médecins

Enfin, le Collège des médecins a rendu publique le 5 janvier 2015 une version révisée du Code de déontologie des médecins. Une des modifications touche la surfacturation médicale. En effet, le nouveau Code précise que « les médecins ne pourront pas réclamer aux patients des montants disproportionnés pour les médicaments administrés ou les appareils installés et qu'ils devront leur remettre une facture détaillée. De plus, le Code contient maintenant un article précisant que les médecins devront s'assurer que la priorité d'accès à des soins médicaux soit donnée aux patients strictement en fonction de critères médicaux et non financiers ».

Dans *Le Devoir*, M<sup>e</sup> Bruno Grenier, du cabinet Grenier Verbauwhede Avocats, estimait que la formule « montant disproportionné » laisse trop de place à l'interprétation, et donc éventuellement à de nouveaux abus. Selon lui, le Collège des médecins devrait clarifier cet article en se basant sur la loi sur la RAMQ, qui indique que le médecin peut facturer seulement le coût des médicaments. ♦