



Facturation aux patients

Le portefeuille en prend pour son rhume

Registre des frais facturés lors de consultations médicales
Rapport 2015



**Clinique communautaire
de Pointe-Saint-Charles**

La santé et la solidarité d'un quartier !



METTONS UN FREIN AUX FRAIS

Table des matières

1.	Mise en contexte	2
2.	Un mot sur la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles	3
3.	À propos du comité de lutte en santé	3
4.	Le registre des frais facturés	4
	Les partenaires dans la lutte aux frais facturés aux citoyens	5
5.	Les frais facturés aux patients	6
	La position en regard aux frais facturés	7
6.	La collecte de données	7
	Les paramètres recueillis	8
7.	Les résultats	10
8.	Les répondants	10
9.	Les types de soins facturés	11
10.	Les professionnels concernés	12
11.	Les lieux de la facturation	13
12.	Les montants facturés	13
13.	Les témoignages et analyses des résultats	16
14.	La peur de dénoncer	21
15.	La facturation des soins: la création d'une situation injuste	23
16.	Les revendications du comité de lutte en santé	23
17.	Conclusion	26

Notez qu'afin d'alléger le texte, nous avons employé le masculin comme genre commun pour désigner aussi bien les femmes que les hommes.

1. Mise en contexte

Tous ceux qui ont connu l'époque où l'assurance-maladie n'existait pas se souviennent de l'impact des inégalités socio-économiques sur l'accès aux soins. Seuls les plus nantis pouvaient se payer les soins de santé. L'instauration du régime public d'assurance-maladie en 1970 a permis à tous les citoyens d'avoir accès aux soins, sans égard à leur capacité financière. Il s'agit là d'un choix de société: le système d'imposition des contribuables permet de financer un système de santé accessible pour tous, une richesse collective précieuse et essentielle.

Pendant les décennies qui ont suivi, le système de santé a connu plusieurs transformations. Le prétexte des refontes de la structure décisionnelle, organisationnelle et de meilleure « gouvernance » a introduit dans les faits la privatisation directe et indirecte. On n'a qu'à citer la commission Rochon, la réforme Côté, la commission Clair, la réforme Couillard et la récente Loi 10 (avril 2015) qui a aboli les Agences de la santé et des services sociaux en faisant passer le nombre des établissements de santé de 182 à 34. Parallèlement, la liste des services exclus de la couverture publique (soins dentaires, optométrie, physiothérapie, etc.) s'est allongée au fil des années. Ainsi, les montants (perçus via l'imposition des contribuables) alloués au maintien du réseau de la santé n'a cessé de croître alors que le panier des services offerts n'a cessé de diminuer.

De plus, des ententes entre les fédérations de médecins et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ont permis l'apparition grandissante de multiples frais dans les cliniques médicales publiques à gestion privée dont la facture est refilée aux patients. Il importe de clarifier la particularité de ces cliniques médicales de première ligne qui offrent des soins et services à une large part des patients qui consultent un médecin. Elles sont publiques, car les médecins sont participants et sont donc rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Elles sont privées, car elles ne sont pas rattachées dans leur administration à des établissements publics comme les CLSC ou les hôpitaux et elles ne reçoivent pas de financement public pour couvrir leurs frais de fonctionnement. C'est pourquoi il est plus juste de les définir par le terme «cliniques médicales publiques à gestion privée». Dans tous les cas, le patient qui consulte avec sa carte d'assurance maladie s'attend à recevoir sans frais supplémentaire des soins de qualité, sans égard à sa capacité de payer. Cependant, dans les dernières années, les frais facturés lors de consultations médicales ont pris une ampleur démesurée.

2. Un mot sur la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles

La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles a été mise sur pied en 1968 par des étudiants en médecine, en soins infirmiers et en sociologie de l'Université McGill et par des citoyens du quartier. À partir de 1970, son conseil d'administration est majoritairement composé de citoyens du quartier. À travers les années et les nombreuses réformes imposées au système de santé québécois, la Clinique a réussi à conserver son statut particulier d'organisme communautaire autonome avec mandat de CLSC et sa gestion citoyenne, surtout grâce à la force de mobilisation des résidents du quartier.

La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles mise sur une approche globale de la personne et de la santé qui allie les dimensions sociales et médicales. Cette vision prend en compte l'action sur les déterminants de la santé comme l'éducation, l'environnement social et physique, le revenu et la condition sociale. La Clinique est également un lieu d'engagement et de mobilisation. Elle s'est associée aux organismes communautaires du quartier dans la défense des droits économiques et sociaux des résidents et dans la lutte contre les inégalités socio-économiques. Aussi, de nombreuses luttes ont été menées à travers les années afin d'influencer les politiques qui ont un impact sur la population locale.

3. À propos du comité de lutte en santé

Le comité de lutte en santé a pour mandat de mobiliser la population pour le droit à la santé, pour un système de santé public, universel, accessible et gratuit. À ce titre, il mène des actions concrètes contre la privatisation des services de santé, à la fois à Pointe-Saint-Charles et dans le reste du Québec en raison de l'aspect national de cet enjeu. Le comité tire sa force du fait qu'il est entièrement composé de citoyens bénévoles réunis par leur volonté d'agir pour promouvoir l'accès aux soins de santé.

Au début de 2012, la Clinique s'est vue de plus en plus confrontée aux témoignages de gens du quartier n'ayant pas les moyens de payer pour des frais accessoires qu'on exigeait d'eux lors de consultations dans d'autres cliniques. Le comité a reconnu les frais facturés aux patients lors de consultations médicales comme un obstacle à l'accessibilité aux soins et services de santé, et en a fait sa priorité d'action. C'est ainsi qu'est née l'idée de recueillir des témoignages du public à l'aide d'un registre.

4. Le registre des frais facturés

POURQUOI LA CRÉATION D'UN REGISTRE

Au mois de février 2015, le comité de lutte a lancé un outil à la portée des citoyens qui désirent faire part de leur expérience: le registre des frais facturés lors de consultations médicales. Son objectif est de collecter de l'information et des témoignages de personnes qui se sont fait réclamer des frais pour obtenir un soin, un traitement ou un service médical. Il est disponible sur internet (ccpsc.qc.ca/registre) et en version papier, en français et en anglais. Le registre cible autant les frais illégaux (déjà couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)), que les frais abusifs (la surfacturation exercée par certains médecins).

Le registre met en lumière les pratiques de facturation malheureusement courantes, qui portent atteinte à l'accessibilité des soins de santé et démontre l'ampleur du problème. Plus précisément, ses objectifs sont de:

- Produire des rapports périodiques à partir des données recueillies afin de révéler l'ampleur des pratiques de facturation.
- Convaincre la RAMQ d'appliquer les mesures nécessaires afin qu'aucun service couvert ne soit facturé aux citoyens.
- Faire pression auprès des décideurs politiques afin qu'ils agissent sur la question des frais facturés dans l'intérêt des citoyens.

Cet outil est une nouveauté et tire sa pertinence des caractéristiques suivantes:

- Aucun outil ni données n'existaient avant la création de ce registre pour mesurer l'ampleur du phénomène de facturation lors de consultations médicales.
- Les citoyens qui n'ont pas pu obtenir un soin ou un service médical parce qu'ils n'étaient pas en mesure ou qu'ils ont refusé d'assumer les frais qui leur étaient facturés peuvent remplir ce registre. Les recours judiciaires, de plaintes ou de demandes de remboursements existants auprès de la Régie de l'assurance maladie ou du Collège des médecins du Québec ne

prévoient pas de recours pour ces personnes puisque l'attention est portée sur le montant déboursé et une preuve de paiement est exigée.

- Le registre permet aux personnes qui veulent dénoncer des actes de facturation de faire connaître leur cas particulier, tout en conservant la possibilité de livrer un témoignage anonyme. En effet, lorsqu'un médecin exige des frais d'un patient, celui-ci, pour des motifs de nécessité médicale, n'osera pas se plaindre ou contester l'autorité de ce dernier.
- Toute personne s'estimant lésée par des pratiques de facturation ayant cours dans certaines cliniques peut remplir le registre. De plus, les parents, les proches d'une personne ou des travailleurs de la santé sont également invités à répondre au questionnaire dans la mesure où ils ont été témoins d'un acte de facturation. L'outil vise à dresser un portrait de la situation. Ainsi, tout témoin peut contribuer à l'atteinte de cet objectif.

LES PARTENAIRES DANS LA LUTTE AUX FRAIS FACTURÉS AUX CITOYENS

Depuis 2012, le comité de lutte en santé travaille sur la question des frais facturés lors de consultations médicales. Dès le départ, il s'est associé avec des partenaires tels que Médecins québécois pour un régime public (MQRP) et la Coalition solidarité santé (CSS). Une collaboration a également été établie avec le cabinet d'avocats Grenier Verbauwheide qui a initié un recours collectif sur la surfacturation contre 113 cliniques médicales pour des frais illégaux chargés pour des médicaments et agents anesthésiques. Le 15 février 2015, le comité de lutte lançait officiellement son registre des frais facturés lors de consultations médicales.

Depuis, plusieurs associations et regroupements ont joint les rangs d'une large coalition qui s'oppose à la volonté du ministre Barrette de normaliser les frais accessoires par l'adoption d'un amendement au projet de loi 20, dont l'Association des retraitées et retraités de l'éducation et des autres services publics du Québec (AREQ), la Confédération de syndicats nationaux (CSN), le Conseil pour la protection des malades, le Réseau FADOQ, la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) et la Fédération de la santé du Québec (FSQ-CSQ).

5. Les frais facturés aux patients

FRAIS ACCESSOIRES, FACTURATION: EXPLICATIONS

La notion de frais accessoires ne fait pas l'objet d'une définition législative ou réglementaire¹ claire et précise. Il n'y a pas davantage d'harmonisation quant aux termes utilisés dans les interventions publiques pour décrire le phénomène de facturation aux patients en contexte de consultation médicale auprès d'un médecin participant au régime d'assurance maladie du Québec: frais accessoires, frais illégaux, frais abusifs, surfacturation, etc.

Ces termes sont parfois utilisés invariablement ce qui contribue à la vulnérabilité des patients face à la complexité des pratiques. Le comité de lutte en santé a voulu se pencher sur les termes utilisés, leur définition ainsi que leur signification subjective d'un point de vue citoyen.

Trois catégories de frais facturés aux patients ont été identifiées:

- Frais illégaux: réfère à des frais qui sont couverts par la RAMQ, mais qui sont néanmoins facturés aux patients.
- Frais abusifs (surfacturation) : réfère à des frais qui ne sont pas couverts par la RAMQ, mais pour lesquels les médecins demandent aux patients un montant supérieur au prix coûtant ou supérieur à la compensation permise par les ententes entre les fédérations de médecins et le Ministère de la Santé.
- Frais autorisés: réfère à des services non assurés ou désassurés par la RAMQ que les médecins chargent aux patients. Les frais liés à des actes et produits médicaux non remboursés par la RAMQ doivent faire l'objet d'un affichage dans les salles d'attente des cliniques médicales. Cependant, une enquête menée par la RAMQ a conclu que 80% des cliniques ne respectent pas cette obligation².

1. Protecteur du citoyen, Avis sur les frais accessoires en matière de santé et de services sociaux, 2015, p.2

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

LA POSITION EN REGARD AUX FRAIS FACTURÉS

Le Comité de lutte en santé de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles estime injustes, inévitables et abusifs tous frais associés aux services médicaux que doit assumer un citoyen. Le comité défend l'idée que, même s'ils étaient légaux, tous les frais en santé représentent un frein à l'universalité et à l'accessibilité des soins pour la population. Il s'agit d'un enjeu de société puisque nous avons fait le choix de garantir un accès au système de santé à tous les citoyens, et ce, peu importe leur capacité financière. La légalisation et la normalisation des frais facturés contribuent à l'instauration d'un système de santé à deux vitesses, où ceux qui en ont les moyens peuvent avoir accès à des services au détriment du reste de la population.

Lors des discussions du comité au sujet des définitions et du terme que nous voulions employer pour intituler le registre, la vulnérabilité des citoyens pris dans un contexte de facturation nous est apparue comme un critère primordial, considérant que même le patient le plus averti ne saurait reconnaître la liste complète des actes couverts par la RAMQ ou encore le prix coûtant des médicaments qui lui sont facturés.

Le comité a choisi d'utiliser le terme « frais facturés », de manière à couvrir plusieurs types possibles de frais facturés lors de consultations médicales. Le registre des frais facturés lors de consultations médicales se base sur la perception du patient face au montant qu'il doit déboursier, car le comité estime qu'il revient au citoyen de juger du caractère abusif du montant qui lui est demandé lorsqu'il a besoin de soins médicaux.

6. La collecte de données

La méthodologie ayant servi à traiter les données quantitatives obtenues grâce aux déclarations des citoyens est rendue publique dans un esprit de transparence et de légitimité. Le comité a pour objectif de produire un document basé sur une démarche la plus rigoureuse possible.

LA SOURCE DE DONNÉES

Les données traitées proviennent du registre des frais facturés lors de consultations médicales. Ce registre est un outil basé sur la déclaration volontaire de cas de facturation par des particuliers. Une

même personne peut avoir rempli le registre plus d'une fois si elle avait plus d'un frais à déclarer. Aussi, il est arrivé à plusieurs reprises que des répondants aient cumulé plusieurs déclarations de frais demandés dans une seule réponse.

LA PÉRIODE

Les données compilées dans ce premier rapport ont été inscrites au registre entre le 15 février 2015 et le 2 août 2015. Les déclarations retenues relatent un événement vécu entre 2012 et 2015 inclusivement.

LE TERRITOIRE

Les données ont été filtrées afin de ne conserver que des déclarations de situations vécues au Québec par des citoyens québécois. Les données ont été regroupées selon leur appartenance à la région métropolitaine de Montréal, la région métropolitaine de Québec ou le reste du Québec.

LES PARAMÈTRES RECUEILLIS

Voici la liste des données recueillies dans le cadre du registre :

- Déclaration à titre de;
- Genre;
- Détention d'une carte d'assurance maladie du Québec;
- Lieu de résidence;
- Groupe d'âge;
- Endroit de l'évènement;
- Catégorie de médecin;
- Spécialité du médecin;
- Date de l'évènement;
- Lieu de l'évènement;
- Type de frais facturé;
- Médicament ou anesthésiant facturé (lorsque applicable);
- Résolution de la situation par l'utilisateur;
- Montant facturé ou demandé;
- Recours initié(s) par l'utilisateur

ÉLIMINATION DES ENTRÉES EN DOUBLE

Il est parfois arrivé que des déclarations aient été saisies à plusieurs reprises par une même personne. Dans de tels cas, une seule entrée a été conservée aux fins d'analyse des résultats.

ÉLIMINATION DES DÉCLARATIONS ERRONÉES OU MALVEILLANTES

Le traitement des données a aussi permis d'éliminer les déclarations erronées et les entrées du registre farfelues ou malveillantes, c'est-à-dire les réponses partielles ne comportant pas assez de champs complétés pour les valider.

RECLASSIFICATION

Les personnes qui ont indiqué un « autre » type de frais ont été reclassées dans les autres catégories de réponses lorsque possible. Par exemple, un frais de transport demandé pour un prélèvement a été reclassé dans la catégorie « frais administratifs ».

QUESTION OUVERTE

Le questionnaire comprend une question à développement, qui invite de façon neutre les répondants à expliquer le contexte de la facturation. Près de la moitié des répondants à cette question (222) l'ont utilisée pour exprimer leur désarroi et leur sentiment d'injustice face à la facturation.

Cette question a été analysée indépendamment des autres, d'après une méthode inductive. Cette approche s'est imposée comme la plus à même de rendre compte de la complexité et la diversité du contenu des réponses. La totalité des entrées (593) a d'abord été soumise à une sélection manuelle pour permettre d'éliminer les cases vides (67) et les doublons (10). Les réponses restantes (516) ont ensuite été soumises à une analyse thématique avec le logiciel d'analyse qualitative QDA Miner Lite. De nombreux examens systématiques et méthodiques ont permis de relever huit thèmes récurrents dans les témoignages des répondants (**VOIR PAGE 16**). L'approche inductive ici retenue a permis l'émergence de thèmes et de catégories signifiantes pour les répondants, plutôt que l'imposition d'une interprétation préconçue.

CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Toutes les personnes ayant participé à ce registre l'ont fait sur une base libre et volontaire, puisqu'ils ont rempli le questionnaire de leur propre initiative. Les répondants pouvaient choisir entre ces trois options : garder leur témoignage et leur identité confidentielle, rendre public leur témoignage en garantissant leur anonymat par l'usage de faux noms, ou rendre leur témoignage et leur identité publics.

7. Les résultats

Nous présentons ici les données du registre collectées entre le 15 février 2015 et le 2 août 2015. Le registre demeure disponible à l'adresse ccpsc.qc.ca/registre et fera l'objet d'autres analyses sous la forme de rapports périodiques.

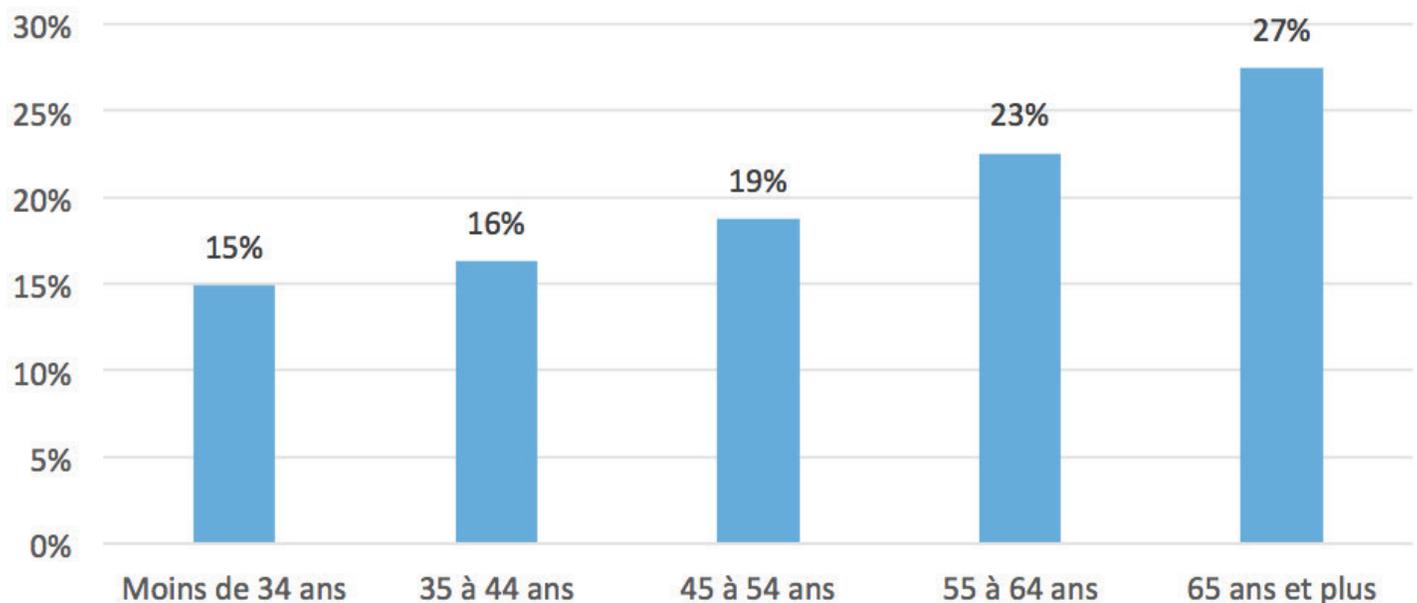
8. Les répondants

Le registre de frais facturés lors de consultations médicales est ouvert à toute personne résidant au Québec qui s'est fait réclamer des frais (payés ou non) ou qui a été témoin de facturation de soins médicaux. Le rapport présente la compilation et l'analyse des données tirées de 527 déclarations. Les répondants pouvaient relater des cas de facturation qui se sont produits entre 2012 et 2015 inclusive-ment. **LA TOTALITÉ DU MONTANT PROVENANT DES FRAIS FACTURÉS RELEVÉS PAR LES RÉPONDANTS EST DE 40 775\$**

Voici quelques données descriptives des 527 déclarations :

- 57% sont des femmes (basé sur un taux de réponse de 80% à la question sur le genre).
- La majorité (72%) habite la grande région de Montréal.
- 87,3 % des réponses ont été déclarées en français, 12,7 % en anglais.
- 85% sont des patients, les autres sont des témoins (travailleurs de la santé ou non).

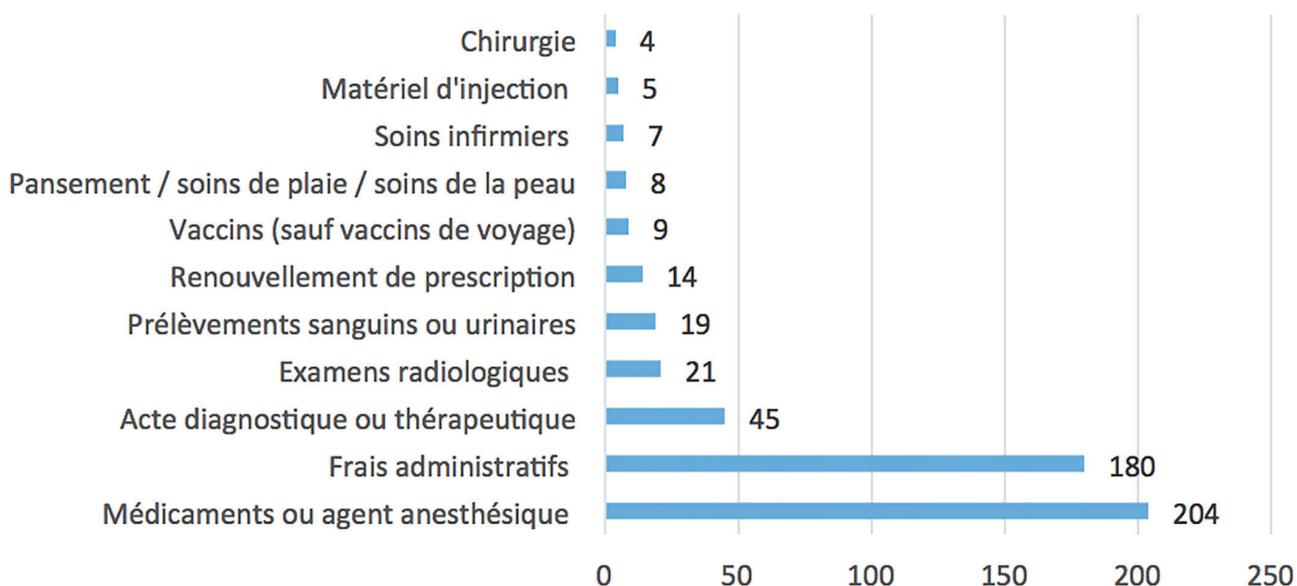
GROUPES D'ÂGE DES RÉPONDANTS



Selon nous, le fait que les personnes âgées (65 ans et plus) soient davantage représentées dans les réponses reflète la demande de soins qui est accrue chez les personnes plus âgées.

9. Les types de soins facturés

LES TYPES DE SOINS POUR LESQUELS LES FRAIS ONT ÉTÉ EXIGÉS



Le graphique révèle que les cas de facturation les plus cités concernent des frais administratifs et des frais pour des médicaments ou agents anesthésiques.

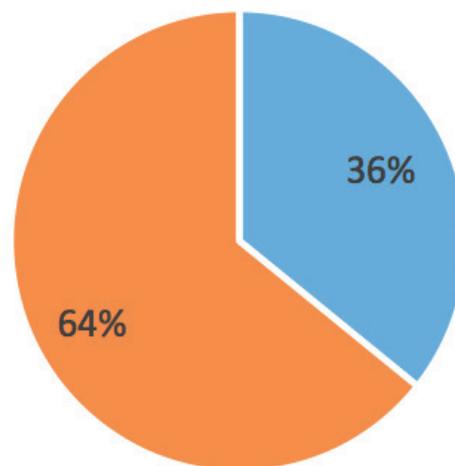
Voici quelques exemples de frais administratifs:

- forfaits annuels;
- ouverture de dossier médical;
- résumé et transmission de dossier médical;
- accès à un médecin participant;
- remplir un formulaire médico-administratif;
- transport de prélèvement au laboratoire.

Quant aux médicaments et agents anesthésiques facturés lors d'examens médicaux, des témoignages du registre font état de la pratique de cette facturation. Plusieurs patients ont tenté des démarches auprès de la RAMQ et du Collège des médecins pour se plaindre ou se faire rembourser et n'ont pas obtenu satisfaction, ni justice. Ces témoignages nous amènent à penser que les démarches de plaintes auprès de la RAMQ ou du Collège des médecins pour les patients lésés ainsi que les dispositifs légaux mis en place pour contrer ces pratiques frauduleuses ne répondent présentement pas aux besoins de la population.

10. Les professionnels concernés

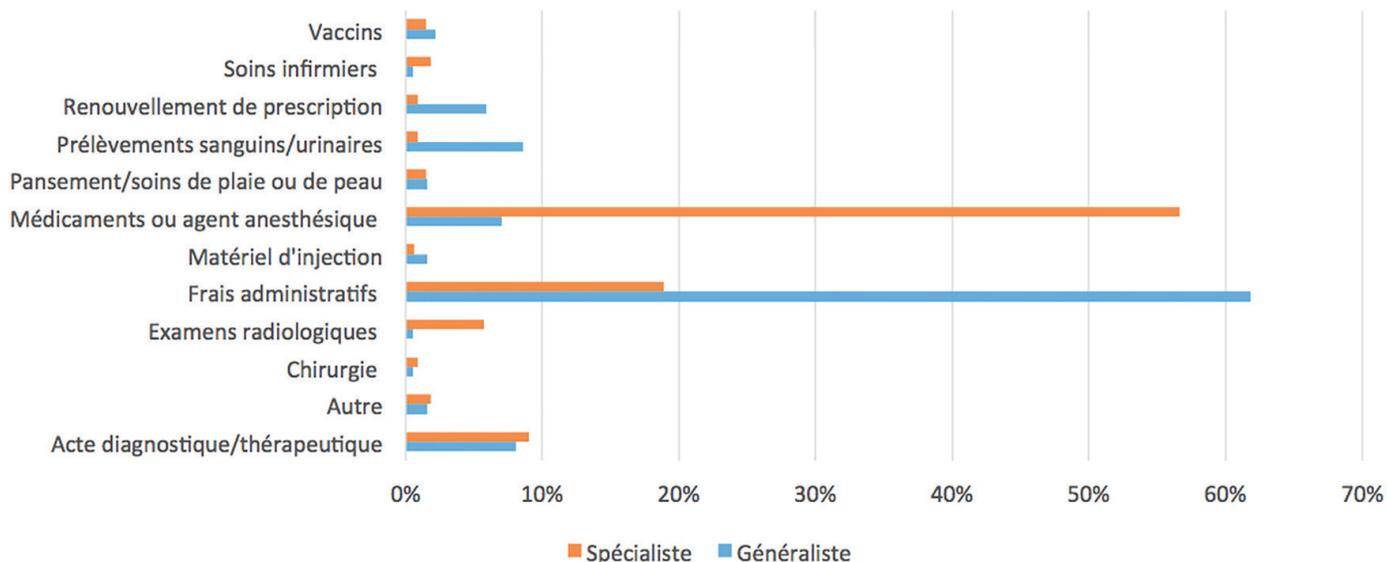
QUI FACTURE?



- Généraliste (médecin de famille, omnipraticien)
- Spécialiste

Les médecins spécialistes sont responsables de près des deux tiers de la facturation lors de consultations médicales. Nous verrons plus loin que les montants demandés par les médecins spécialistes sont supérieurs à ceux des omnipraticiens. En ce sens, plus le montant demandé est élevé, plus il limite l'accès aux soins et plus spécifiquement aux examens (coloscopie, mammographie, radiographie, etc.) et aux interventions (vasectomie, cataracte, etc.).

LES TYPES DE FRAIS EXIGÉS SELON LE TYPE DE MÉDECIN



62% des frais exigés par les médecins généralistes étaient des frais administratifs, tandis que les médecins spécialistes facturent davantage pour des médicaments ou agents anesthésiques (57%).

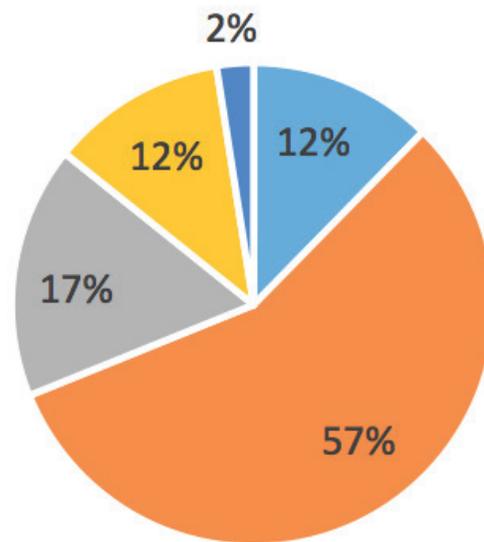
11. Les lieux de la facturation

Près de 92% des déclarations rapportant des facturations ont eu lieu dans les cliniques avec ou sans rendez-vous, soit en dehors des hôpitaux, CLSC ou CSSS.

12. Les montants facturés

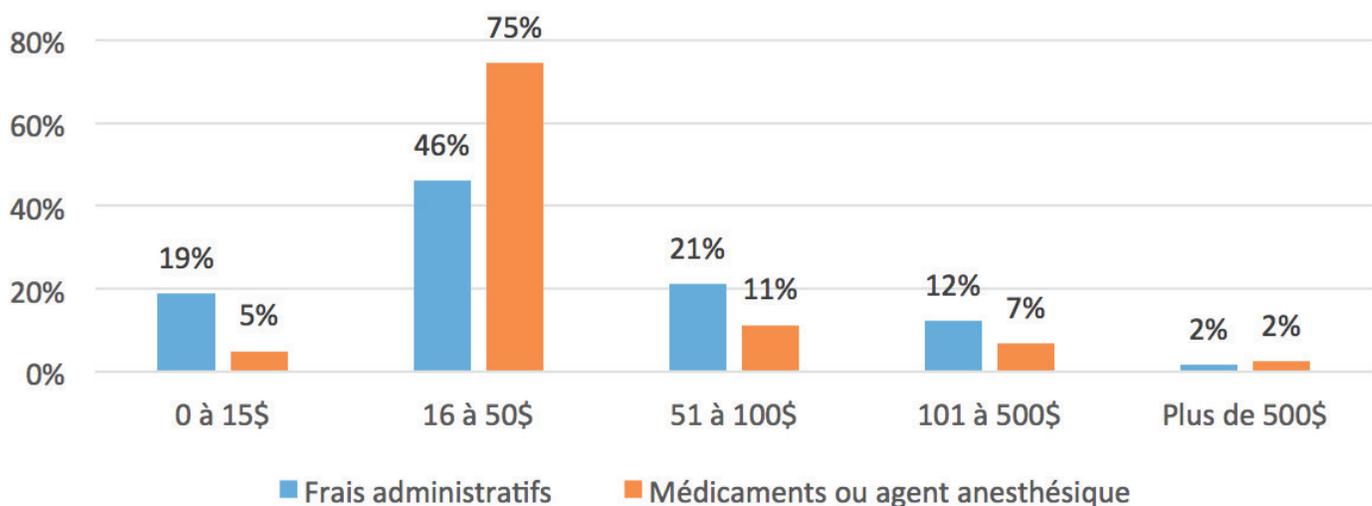
La moyenne des montants demandés par les médecins généralistes se situe autour de 63\$ tandis qu'elle est de 91\$ pour les médecins spécialistes. Toutefois, nous constatons que dans quelques cas des montants beaucoup plus importants sont exigés par les spécialistes, particulièrement lors d'exams spécifiques.

LES MONTANTS DEMANDÉS POUR LES SOINS



■ 0 à 15\$ ■ 16 à 50\$ ■ 51 à 100\$ ■ 101 à 500\$ ■ Plus de 500\$

RÉPARTITION DES MONTANTS EXIGÉS POUR LES 2 TYPES DE FRAIS LES PLUS FRÉQUENTS



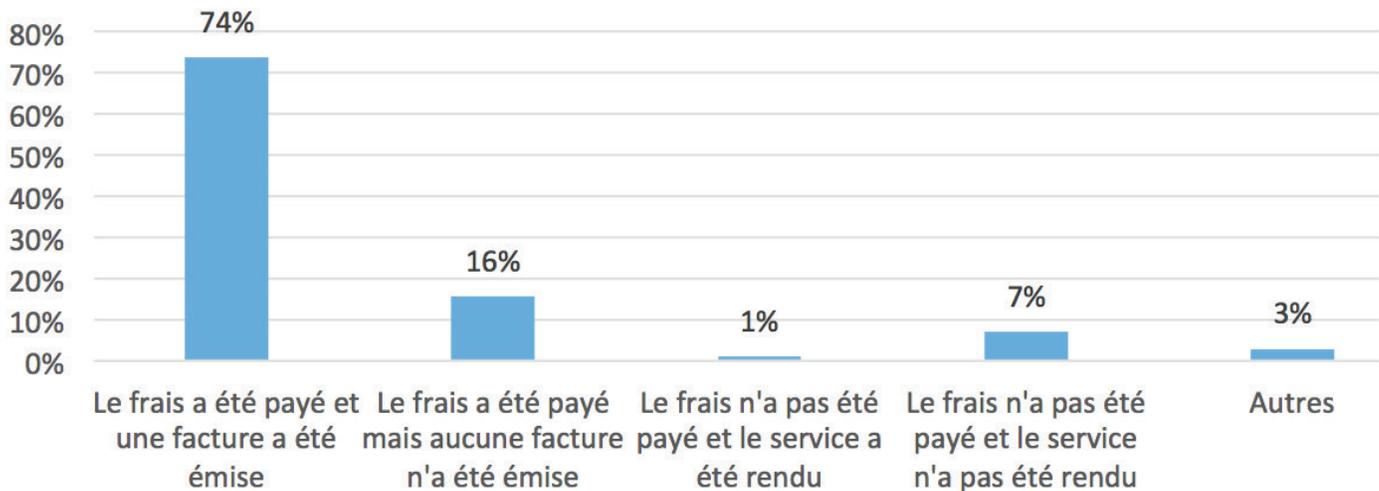
■ Frais administratifs ■ Médicaments ou agent anesthésique

Que ce soit pour les frais administratifs ou pour les médicaments et agents anesthésiques, la grande majorité des montants demandés se situent entre 16\$ et 100\$. Les femmes paient légèrement plus que les hommes (moyenne de 83\$ vs 76\$). Les témoignages rapportent également des variations dans les montants des frais demandés, que les patients ne s'expliquent pas.

« J'ai eu des traitements [d'azote] à six endroits dans le dos. On m'avait facturé 60\$. Cette année, pour un seul jet de deux secondes environ, le dermatologue m'a facturé 40\$. J'ai payé, mais mentionné que je trouvais le montant abusif. J'ai envoyé un courriel pour me plaindre au collège des médecins et on m'a répondu que ces frais étaient légaux. »

- Femme anonyme, 55-64 ans

PAIEMENT OU NON-PAIEMENT DU FRAIS ET FACTURATION



La grande majorité des frais demandés ont été payés par les patients et une facture a été émise, comme en témoigne le tableau ci-haut. Cependant, il est préoccupant de constater que dans 16% des cas, les patients n'ont pas reçu de facture.

La variation des montants demandés selon les cliniques et d'une consultation à une autre, ainsi que le fait que des factures ne soient pas toujours émises, renforcent le caractère arbitraire de la facturation et mine la confiance des patients envers leur médecin.

13. Les témoignages et l'analyse des résultats

Les témoignages inscrits en réponse à la question à développement nous ont permis de retenir huit thèmes, en raison de leur récurrence jugée significative.

THÈMES	FRÉQUENCE	%
Personnes vulnérables	31	6%
Sentiment d'injustice/abus	222	46%
Caractère arbitraire de la facturation	51	11%
Refus du soin	23	5%
Résignation	46	10%
Contestation/Recours	39	8%
Public-privé	39	8%
Comptant seulement	32	7%

PERSONNES VULNÉRABLES

Le thème « Personnes vulnérables » inclut toute personne qui se dit appauvrie financièrement, mais également les personnes se disant trop malades pour chercher des alternatives aux frais imposés ou pour contester les frais. Ce thème inclut aussi des répondants, principalement des aînés, qui se disent malades à répétition ou de manière chronique ou atteints de maladies mentales.

« Je suis atteint d'une schizophrénie et je dois chaque année remplir un document qui me permet de conduire mon véhicule sans pénalité en cas d'accident. La clinique médicale [nom de la clinique] annonce officiellement sur place et au téléphone que les frais sont de 40\$ pour ce genre de papier. Malheureusement, à chaque fois mon médecin spécialiste exige 100\$, car il dit qu'il est un spécialiste et que c'est la norme dans le réseau de santé et que la RAMQ exige ce genre de frais. Il dit que c'est remboursable par l'État, mais ce n'est pas le cas. La SAAQ ne rembourse jamais ce genre de frais. »

- Homme anonyme, 18-34 ans

SENTIMENT D'INJUSTICE/D'ABUS

Le thème « Sentiment d'injustice/abus » est celui qui domine très largement les réponses. Nous avons inclus, par prudence, que les témoignages des répondants qui mentionnent explicitement être choquées de devoir payer, ou qui considèrent que les frais facturés sont abusifs.

« J'ai dû aller dans le privé pour un examen polygraphe cardio-respiratoire du sommeil (à domicile) car le médecin m'a dit qu'il y avait deux ans d'attente. Comme je vis depuis toujours avec de la fatigue extrême, je ne pouvais me permettre d'attendre encore deux ans. J'ai déboursé 500\$. Ça fait mal au coeur étant donné que je paie déjà pour une assurance maladie et que je ne suis pas fortunée. »

-Femme anonyme, 55-64 ans

« Mon médecin de famille, soupçonnant que ma fatigue chronique était due à de l'apnée du sommeil, m'a prescrit un test de saturométrie nocturne. À Montréal, seuls deux hôpitaux offrent le test et la liste d'attente était de six mois, mais on m'offrait le test en clinique privée pour quelques centaines de dollars dans un délai d'une semaine. [...] Par curiosité, j'ai tenté de prendre le même rendez-vous au CLSC de Drummondville. Le délai d'attente y était d'une semaine aussi, sans frais. Je n'ai pas pu y avoir accès puisque je n'habitais pas sur le territoire desservi. »

- Pascal Lebrun, 18-34 ans

CARACTÈRE ARBITRAIRE DE LA FACTURATION

Le thème « Caractère arbitraire de la facturation » regroupe les réponses indiquant une variété de prix d'une clinique à l'autre, de la clinique à l'hôpital ou d'une année à l'autre à la même clinique. De même, nous avons inclus les cas où les gens ont négocié leurs frais et sont parvenus à les diminuer ou à ne pas les payer.

REFUS DE PAYER

Le thème « Refus de payer » inclut les répondants qui ont décidé de ne pas payer pour le soin (reçu ou non). Il inclut également les répondants mentionnant que l'obligation de déboursier de l'argent les amène à consulter moins souvent ou carrément à ne pas consulter. Ces cas sont plus rarement rapportés dans le registre, mais nous ont semblé extrêmement importants à souligner, car ils illustrent parfaitement les risques d'une privatisation de la santé.

« La clinique de dépistage d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) que j'ai consulté exige des frais de 25\$ pour le transport des prélèvements sanguins et urinaires à l'Hôpital St-Luc qui est situé à quelques coins de rue de ma propre clinique. Avant, on pouvait apporter soi-même les échantillons. Maintenant il faut payer 25\$. Je trouve que c'est un coût injustifié et cela me décourage de me faire dépister régulièrement (aux six mois), comme il est souvent suggéré. »

- Homme anonyme, 35-44 ans

RÉSIGNATION

Le thème « Résignation » inclut tous les témoignages qui contenaient explicitement la mention d'une absence de choix, et la décision de payer les frais sans contester, malgré que la situation fût jugée injuste.

« J'ai passé des tests pour trouver à quoi sont dus mes maux de ventre. Quand les résultats sont entrés, mon médecin m'a appelé pour me dire qu'ils étaient anormaux et que ce serait pertinent d'en discuter. Je lui ai demandé ce qui se passe et il m'a répondu que pour la consultation téléphonique, c'est 25\$ du cinq minutes. [...] Je déteste mon médecin de famille, mais je n'ai aucune autre option que de le garder et de sortir mon argent presque à chaque rendez-vous... »

-Femme anonyme, 35-44 ans

CONTESTATION ET RECOURS

Le thème « Contestation/Recours » regroupe toutes les situations où les répondants disent avoir contesté les frais auprès du médecin ou de la secrétaire, et ce, peu importe s'ils ont payé ou non les frais. Plusieurs répondants affirment également avoir contacté la RAMQ ou le Collège des médecins et tous, à l'exception d'un seul, se sont fait répondre que les frais étaient légaux.

« J'ai consulté ce médecin plusieurs fois pour un suivi après une opération de la cataracte. Et à chaque fois, il m'a chargé un montant de 20\$ pour les gouttes. J'ai appelé la RAMQ ainsi que le Collège des médecins pour savoir si le médecin avait le droit de le faire et ils m'ont répondu que oui. J'ai demandé si je pouvais porter plainte pour frais abusifs. Et je n'ai pas eu de réponse favorable. »

-Femme anonyme, 65-74 ans

LE PUBLIC VS LE PRIVÉ

Le thème « Public/Privé » inclut toutes les mentions où les répondants se sont fait offrir (et ont accepté ou non) d'aller dans une clinique à gestion privée pour avoir plus rapidement (moyennant des frais) un soin ou un traitement qu'ils auraient gratuitement dans le public, mais avec une plus longue période d'attente. Le scénario type démontre qu'un médecin réfère ses propres patients qui consultent dans un établissement public à recevoir les soins ou services à la clinique médicale à gestion privée où il pratique.

« Nous sommes trois filles dans la famille. Mes deux sœurs aînées ont eu un diagnostic de cancer du sein. Comme je suis plus à risque, je dois passer une mammographie et une échographie de mes deux seins chaque année. La mammographie est gratuite, mais l'échographie coûte 135\$. Je voulais passer cet examen à l'hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, mais on m'a dit qu'il y avait jusqu'à trois ans d'attente pour une échographie. On m'a donc dirigé vers une clinique privée en m'expliquant que de toute façon, ce sont les mêmes radiologistes qui y travaillent. J'ai écrit à la RAMQ pour me faire rembourser, mais ce fut une fin de non-recevoir. Notons que le prix augmente d'année en année dans cette clinique. [...] Mes assurances collectives au bureau ne remboursent pas ce type d'examen. »

-Femme anonyme, 55-64 ans

PAYER EN ARGENT COMPTANT

Finalement, le thème « Comptant seulement » regroupe les témoignages où les répondants disent n'avoir pas eu l'option de payer par un autre mode de paiement.

« Le médecin m'a retiré un kyste sur un doigt, il m'a dit que je devais payer 80\$ comptant à lui, directement dans son bureau, la porte fermée, sans reçu et sans facture détaillée. Donc j'ai payé comptant, il a pris l'argent et l'a serré directement dans ses poches. [...] Il m'a dit que ces frais étaient pour la clinique, et que si je ne voulais pas payer, je n'avais qu'à me rendre à l'hôpital et attendre un an avant d'être traité pour cette intervention. »

-Jimmy Sheehy, 45-54 ans

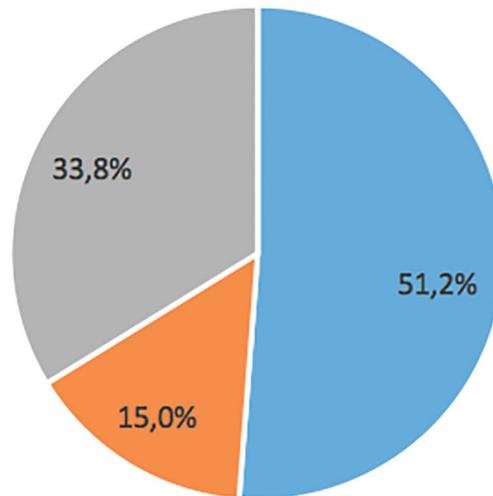
14. La peur de dénoncer

L'analyse du registre montre que 20% des répondants n'ont pas voulu déclarer leur sexe, 20% leur région de résidence et 10% leur groupe d'âge. Seulement 13% des répondants ont refusé de répondre à la question à développement. Des 527 témoignages, près du tiers ont été fait sous conditions d'anonymat complet et plus de 80 % des répondants ne souhaitent pas que leur identité soit divulguée.

Par ailleurs, 95% des répondants au registre ont déclaré n'avoir entrepris aucun recours pour faire valoir leurs droits, malgré le sentiment d'injustice qu'ils ont ressenti.

Ceci nous porte à croire que les personnes qui se font exiger des frais par un médecin hésitent à s'identifier et à faire valoir leurs droits. Les peurs sous-jacentes à la déclaration de leur identité ne sont pas étrangères à la relation de pouvoir qui existe entre un médecin et son patient.

ANONYMAT



- J'accepte que mon témoignage soit utilisé de façon publique (communications, rapports, etc.), mais avec un nom fictif
- J'accepte que mon témoignage soit utilisé de façon publique et j'accepte de divulguer mon nom
- Je souhaite que mon témoignage demeure anonyme et confidentiel

Le patient a rarement l'option de choisir son médecin, soit en raison de difficulté d'accès à des médecins, soit par des obstacles géographiques ou autres. Pour plusieurs, la crainte est bien réelle de dénoncer des frais facturés par un médecin. Cette crainte vient avec l'idée profondément enracinée que le médecin, sachant qu'il est dénoncé par un patient, mettra fin aux services et aux soins qu'il prodigue à ce dernier. Il devient difficile de trouver des répondants à notre registre pour témoigner publiquement.

15. La facturation des soins: la création d'une situation injuste

La facturation des soins lors de consultations médicales soulève l'important enjeu de la justice sociale. La pratique de la facturation au sein de notre régime de santé public crée une barrière à l'accès aux soins pour la population. Les représentants de cliniques médicales insistent sur le fait qu'ils doivent facturer les patients afin de couvrir leurs frais d'exploitation (équipements, ressources humaines, frais administratifs, etc.). Pourtant, les médecins qui pratiquent hors établissement (qui sont également les propriétaires de ces cliniques) reçoivent une majoration de leur acte médical. Ces montants supplémentaires servent justement à couvrir les frais administratifs d'une clinique entre autres pour l'embauche de personnel et pour l'achat d'équipements.

Aussi, c'est lorsque la pratique à l'extérieur d'un établissement public de santé devient plus lucrative pour le médecin que les listes d'attente s'allongent en milieu hospitalier. La logique de la rentabilité et du profit prime sur la nécessité d'une couverture publique des soins et services dans l'intérêt des patients. Ces décisions de nature idéologique ont pour effet non seulement de nuire à l'accès aux soins pour les personnes défavorisées, mais également d'alourdir le système de santé public en créant une dynamique d'appauvrissement et d'aggravation de l'état de santé du groupe le moins privilégié.

16. Les revendications du comité de lutte en santé

Le comité de lutte en santé de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles demande les actions suivantes :

AU GOUVERNEMENT PROVINCIAL :

- Nous demandons que le ministre de la Santé prenne en compte l'opinion des patients et revienne sur sa décision de légaliser les frais accessoires. Nous lui demandons l'abolition de tous les frais facturés aux patients lors de consultations médicales et que ceux-ci soient entièrement couverts par le régime public de santé et financés par les impôts et les taxes déjà prélevés auprès des contribuables.
- Nous demandons au premier ministre Philippe Couillard de rappeler au ministre de la Santé, Gaétan Barrette, que son intention « d'encadrer » par règlement les frais accessoires

ne dispose pas de l'appui de la population et qu'une consultation publique sur la facturation des soins médicaux est essentielle. Il est nécessaire que le débat soit élargi à la population, compte tenu des répercussions dans la vie de chacun de la normalisation des frais accessoires, surtout considérant qu'initialement le projet de loi 20 ne porte pas sur la question des frais accessoires.

- Nous demandons que le montant de 50 millions de dollars avancé par le ministre de la Santé dans son évaluation du total annuel des frais accessoires facturés aux patients soit honoré à même le budget alloué à la santé, qui est de 32,8 milliards de dollars cette année. Ce montant de 50 millions de dollars représente donc que le 0,15% du budget. Le montant nécessaire à la couverture des frais accessoires pourrait également être puisé dans la rémunération des médecins (enveloppe de rémunération de près de 7 milliards de dollars) moyennant une meilleure répartition ou reconsidérant le montant des augmentations qui seront attribuées au cours des prochaines années.
- Nous demandons au gouvernement du Québec de se conformer aux principes de la Loi canadienne sur la santé, selon lesquels les Canadiens doivent être en mesure d'accéder aux soins de santé sur la base de la nécessité médicale et non de la capacité de payer.
- Nous demandons que le gouvernement du Québec prenne exemple sur les autres provinces canadiennes qui ont légiféré pour interdire la surfacturation par les médecins participants au régime public, notamment la Colombie-Britannique avec les articles 17 et 18 du Medicare Protection Act. À l'instar d'autres provinces canadiennes, nous demandons que Québec interdise la surfacturation et qu'il prévoie, à l'article 22 de la Loi sur l'assurance maladie et dans la Loi sur la RAMQ des sanctions plus sévères, des amendes avec un effet davantage dissuasif, voire la suspension de la participation au régime public pour les médecins contrevenants.

CONCERNANT LA RAMQ

- Les pouvoirs d'inspection, d'enquête et de sanction de RAMQ doivent être renforcés. Nous demandons à ce que la RAMQ adopte une approche rigoureuse et contraignante. Aucun professionnel de la santé ne doit faire des profits ou faire payer ses frais de fonctionnement de cabinet en puisant dans le portefeuille des patients impunément.
- Nous demandons à la RAMQ plus de transparence et de responsabilisation, c'est-à-dire un devoir de reddition de comptes, quant aux pratiques de facturation qu'elle observe. De plus,

nous insistons pour que la RAMQ rende public le rapport qui a été remis au Ministère de la Santé en 2010 intitulé «Frais facturés aux personnes assurées – Éléments de réflexion et pistes de solution».

AU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL :

- Nous demandons au premier ministre Justin Trudeau d'agir immédiatement sur la question des frais accessoires et que l'interdiction formelle de ceux-ci fasse partie des discussions lors de la prochaine rencontre fédérale-provinciale prévue pour conclure une entente sur le financement des soins de santé, à laquelle M. Trudeau s'est engagé durant la campagne électorale.
- Nous interpellons la nouvelle ministre de la Santé, Jane Philpott, afin qu'elle fasse respecter strictement les cinq conditions édictées à l'article 7 de la Loi canadienne sur la santé L.R.C. (1985), notamment celles de l'universalité et de l'accessibilité, tel que demandé également tout récemment par Me Jean-Pierre Ménard. La Loi canadienne sur la santé indique clairement que si une province permet la surfacturation ou l'imposition de frais modérateurs, elle s'expose à une retenue sur les transferts en matière de santé équivalente à chaque dollar chargé aux personnes assurées pour des services assurés.

Conclusion

Suite à l'analyse des 527 déclarations inscrites au registre des frais facturés lors de consultations médicales, force est de constater que la facturation est une pratique de plus en plus courante, tout particulièrement chez les médecins spécialistes. Les témoignages recueillis montrent largement un sentiment d'abus et d'injustice ressenti par ces patients qui se présentent dans les cliniques et qui doivent débours des montants supplémentaires pour obtenir un soin ou un service. À cet effet, il est impossible d'adhérer aux affirmations du ministre de la Santé qui prétend que les patients sont habitués de débours lors d'une visite médicale et que cette pratique fait maintenant l'objet d'un consensus au sein de la population.

En demandant un coût pour obtenir un traitement, aussi maigre ce coût puisse-t-il être, ces Québécois se retrouvent devant le choix difficile de se faire soigner ou de répondre à d'autres besoins urgents pour eux-mêmes ou leurs proches. La légalisation des frais facturés lors de consultations médicales que s'apprête à autoriser et à valider le ministre de la Santé s'avère une pièce maîtresse dans la consécration d'un système de soins à deux vitesses où ceux qui ont les capacités financières déboursent pour avoir accès à un service alors que les autres sont inscrits sur des listes d'attente de plus en plus longues en milieu hospitalier.

Pour notre part, nous nous engageons à poursuivre notre lutte contre cette injustice. Nous militons pour le maintien d'une accessibilité universelle aux services de santé pour toute personne résidant au Québec sans égard à sa situation sociale ou financière. Il en va de la survie du régime public d'assurance maladie instauré en 1970.

Ce rapport est une initiative du **Comité de lutte en santé**.

Ont participé à l'élaboration: Louis Blouin, Myriam Cloutier, Stéphane Defoy, Geneviève Dorval, Viviane Friedman, Geneviève Lambert-Pilotte, Geneviève McCready, Lucie Poulin et Hélène Sicotte



**Clinique communautaire
de Pointe-Saint-Charles**

500, avenue Ash,
Montréal, Québec H3K 2R4
514 937-9251
ccpsc.qc.ca/registre

Publié en novembre 2015 par
la Clinique communautaire
de Pointe-Saint-Charles