



Les médecins et les frais facturés aux patients : une logique et des balises déontologiques à respecter

Rapport du groupe de travail en éthique clinique

Adopté par le comité exécutif le 22 septembre 2011

À la mémoire du Dr François Desbiens

Table des matières

Préambule	3
Introduction	6
1. La logique professionnelle et ses repères	7
2. Les balises déontologiques en matière d'honoraires	8
3. Les balises déontologiques en matière de conflits d'intérêts et d'indépendance professionnelle	11
4. La logique professionnelle et ses limites	13
Conclusion	16
Références	18

Préambule

Le groupe de travail en éthique clinique du Collège des médecins du Québec (CMQ) a été mandaté par le Conseil d'administration (CA) pour réfléchir, au cours de l'année 2010-2011, à deux sujets faisant régulièrement les manchettes : « les frais accessoires » et « la pratique mixte ». Ces expressions étant de pures créations québécoises, il est important de s'entendre au départ sur leur définition.

L'expression « frais accessoires » fait référence à des frais qui sont associés à des services assurés par le régime d'assurance maladie mais qui peuvent, exceptionnellement, être facturés aux patients. Selon les ententes en vigueur entre le gouvernement et les fédérations médicales, ces frais doivent se limiter aux médicaments et agents anesthésiants utilisés en cabinet privé et aux frais demandés pour remplir certains formulaires médico-administratifs.

Le terme de « pratique mixte » fait référence au fait qu'un médecin puisse être à la fois participant et non-participant au régime d'assurance maladie. Plusieurs dispositions de la Loi sur l'assurance maladie ont pour effet d'interdire actuellement la pratique mixte au Québec, l'objectif étant de ne pas nuire à l'accessibilité aux soins dans le réseau public.

Quant à la récente tempête autour des frais accessoires, les opinions convergent. Le problème tient essentiellement au fait que, les développements technologiques aidant, plusieurs interventions (dont certaines exigent un équipement important) ont migré hors des établissements. Mais le « virage ambulatoire » n'ayant pas été complété, rien n'a été prévu notamment pour le financement des équipements nécessaires. Si bien que les médecins et les patients se retrouvent livrés à eux-mêmes dans certaines situations et que finalement, les patients n'ont d'autre choix que d'assumer certains frais. Pourtant, le système avait été conçu de façon à ce que les soins médicalement requis soient entièrement couverts par le régime d'assurance maladie et ne fassent pas l'objet de frais supplémentaires. D'ailleurs, à moins que le ministre décide de considérer ces frais comme des frais accessoires permis ou de désassurer certains services lorsqu'ils sont dispensés hors établissement, plusieurs de ces frais risquent d'être considérés comme illégaux.

Dès le début des travaux du groupe, les membres ont estimé que les problèmes entourant les frais accessoires et les débats sur la pratique mixte étaient les symptômes d'un malaise plus profond dans le domaine de la santé en général et dans notre système de soins en particulier. Au cours des trente dernières années, les connaissances et les pratiques ont rapidement évolué mais les ajustements nécessaires n'ont pas toujours suivi le même rythme au sein du régime d'assurance maladie et du système de soins. Les problèmes ont été réglés à la pièce, si bien que nous nous

retrouvons maintenant devant des incohérences et une perte de sens qui incitent plusieurs acteurs à se déresponsabiliser.

L'exemple des « frais accessoires » illustre parfaitement les incohérences du système. Mais il n'est pas le seul phénomène qui laisse perplexe. Pour s'en convaincre, il suffit de penser à la couverture complète d'un service comme la fertilisation *in vitro*, alors que certains tests d'imagerie pourtant essentiels ne sont pas couverts lorsqu'ils sont effectués hors établissement. Plusieurs situations semblent défier toute logique, si bien qu'on peut comprendre l'attrait croissant que semblent exercer sur les médecins la pratique mixte ou la prestation de services non couverts. On peut certes y voir une certaine déresponsabilisation des médecins à l'égard du système public, mais là n'est pas la pire conséquence. Ce qui devrait nous inquiéter, c'est que tous ces phénomènes aboutissent au même résultat : des frais sont facturés directement aux patients, que les soins soient médicalement requis ou non.

Pour les membres du groupe de travail, il a toujours été clair que les principales solutions à ces situations problématiques où les patients sont finalement pris en otages, sont d'ordre politique et qu'elles tardent beaucoup trop à être prises. D'ailleurs, le Comité de travail sur les frais accessoires, mis sur pied par le ministère de la Santé et des Services sociaux en 2007 et auquel le CMQ participait, était arrivé à la même conclusion et suggérait plusieurs pistes de solutions pour que les frais de fonctionnement, qui vont en croissant en dehors des établissements, soient financés adéquatement. Le comité proposait notamment qu'il y ait, outre les ententes sur les frais accessoires, des ententes entre les cliniques et les établissements. Aussi, les membres du groupe de travail en éthique clinique n'ont-ils pas été surpris que le Collège s'exprime publiquement, lors d'une conférence de presse, le 15 mars dernier, pour dénoncer certaines situations devenues intolérables, annoncer qu'il s'apprêtait à préciser ses règles et inviter le gouvernement à faire de même.

Le groupe de travail a quant à lui poursuivi sa réflexion, puisqu'il s'était assigné une double tâche : mieux comprendre l'ensemble de ces situations préoccupantes où des frais sont facturés aux patients et trouver certaines solutions qui relèvent de la juridiction du Collège. Pour les membres du groupe de travail, il était hors de question de laisser des médecins profiter impunément de la confusion ambiante et des difficultés actuelles pour mieux servir leurs intérêts. Ils estimaient que les médecins devaient, au contraire, être les premiers à garder le cap dans la tempête.

Introduction

Soucieux de demeurer dans les limites de son mandat et de la juridiction du Collège, le groupe a abordé la question en examinant de plus près les nombreuses situations récemment portées à l'attention de l'ordre, où l'on a facturé aux patients des frais dont on se demande s'ils sont non seulement légaux aux yeux de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), mais justifiés aux yeux du Collège. Le groupe a vite constaté la diversité croissante de ces frais : frais accessoires, frais d'adhésion, frais pour des tests qui donnent un accès privilégié, frais de courtage, frais pour des services non assurés, frais facturés par des médecins désengagés ou non participants, etc.

Le groupe s'est ensuite demandé si la déontologie médicale permettait de porter un certain jugement sur ces situations. Après analyse, il s'est avéré que les dispositions du *Code de déontologie des médecins* concernant les honoraires étaient assez claires et étonnamment actuelles. Essentiellement, ces dispositions soutiennent que les honoraires facturés par les médecins doivent être justifiés par les services professionnels rendus. En outre, le code possède toute une section portant sur l'indépendance professionnelle et les conflits d'intérêts.

Mais les frais facturés aux patients, même quand ils sont justifiés et exempts de conflits d'intérêts, peuvent évidemment constituer une barrière à l'accessibilité aux soins et sur ce point, le code est beaucoup moins clair. Aussi, le groupe de travail a-t-il voulu remonter jusqu'aux sources des obligations déontologiques concernant la rémunération afin d'en mesurer les forces et les limites. Pour ce faire, il s'est référé à la littérature existante sur les professions et le professionnalisme. Il a aussi revisité la littérature sur les conflits d'intérêts et les systèmes de soins, deux sujets sur lesquels il s'était penché antérieurement.

Avant de produire son rapport, le groupe de travail a demandé à une dizaine d'invités représentant divers acteurs sociaux concernés par ces questions de commenter les conclusions préliminaires auxquelles avait mené leur réflexion.

1. La logique professionnelle et ses repères

Depuis plusieurs années, le monde de la santé semble perpétuellement en crise. Pourtant, s'il est un objectif moral assez bien partagé dans nos sociétés démocratiques, c'est celui de donner à tous un accès équitable aux soins requis par leur état de santé. D'ailleurs, depuis que des systèmes de soins ont été mis en place, tous les espoirs se sont tournés vers eux pour y arriver et l'éthique professionnelle des médecins a été reléguée à un rôle plutôt secondaire. Mais c'était sans compter la persistance d'intérêts très particuliers, pour ne pas dire commerciaux, dans le domaine de la santé, et la lourdeur croissante de la logique bureaucratique. Or pour plusieurs, la logique professionnelle s'est justement développée dans nos sociétés comme une troisième voie, entre la logique marchande, d'une part, et la logique bureaucratique, d'autre part. Au moment où les systèmes de soins sont en pleine tempête, la logique professionnelle pourrait donc nous éclairer et apporter des solutions dont nous aurions tort de nous passer. D'ailleurs, on le dit souvent sans trop y penser : les médecins ne sont ni des commerçants, ni des fonctionnaires.

Ils ne sont pas des commerçants puisqu'idéalement du moins, les professionnels sont là parce qu'ils possèdent une expertise et qu'ils la mettent au service des autres. Ils le font contre rémunération, bien entendu, mais sans viser pour autant la maximisation du profit, comme le feraient des commerçants. Comme ils sont le plus souvent au service des individus, ce qui est particulièrement le cas des médecins, les professionnels doivent nécessairement poser des jugements particuliers et ces derniers ne vont pas nécessairement dans le sens de l'efficacité, au sens où l'entendent cette fois les technocrates. C'est d'ailleurs pour qu'ils puissent exercer librement ce pouvoir discrétionnaire qu'on accorde aux professionnels le rare privilège de s'autoréguler. Idéalement toujours, les professionnels agissent d'abord pour le bien-être de leurs concitoyens et ce, même s'ils ne sont pas des employés de l'état. D'ailleurs, les médecins étaient là pour soigner les gens bien avant que des systèmes de soins existent et ils seront là quoi qu'il advienne de ces systèmes.

Les médecins devraient pouvoir garder le cap parce que le professionnalisme peut agir comme un phare, permettant de naviguer même en eaux troubles. Le professionnalisme médical en particulier a mis en place des balises précises pour guider les médecins et au Québec, celles-ci sont bien établies et ont une large portée. En effet, les balises déontologiques engagent ici tous les médecins, qu'ils soient participants ou non au régime d'assurance maladie et quels que soient les services qu'ils offrent. Ces balises sont donc susceptibles d'apporter à un problème comme celui des frais accessoires, des réponses assez substantielles pour pouvoir être plus largement mises en œuvre, au cas où d'autres soins pourtant requis ne seraient plus couverts ou même au cas où la pratique mixte serait permise.

2. Les balises déontologiques en matière d'honoraires

La logique que nous venons d'exposer a effectivement des implications majeures pour ce qui est de la rémunération. Dans les sociétés dites avancées, où l'on accorde au savoir une importance considérable, on est généralement prêts à assurer aux professionnels une rémunération qui se veut « adéquate », ce qui protège la logique professionnelle des pressions commerciales ou politiques. Plusieurs jugent cette rémunération élevée, mais l'idée est au fond d'éviter que les professionnels ne vendent leurs services au plus offrant, comme des commerçants, ou qu'ils soient dépendants des décisions d'un employeur, fût-ce l'État.

On veut rémunérer les professionnels pour leur expertise et pour que celle-ci serve d'abord les gens qui en dépendent, ce qui est particulièrement le cas dans le domaine de la santé. Il est largement reconnu qu'on ne peut pas se fier aux lois du marché pour réguler correctement l'échange de services médicaux : les médecins sont en position de monopole alors que les patients sont en situation de vulnérabilité. Les systèmes de santé ayant de moins en moins les moyens de leurs ambitions, les contrôles technocratiques ont également montré leurs limites quand il s'agit de défendre les intérêts d'un individu en particulier. Dans cette optique, le professionnalisme des médecins reste encore le meilleur allié des patients.

Le *Code de déontologie des médecins* contient plusieurs dispositions concernant les honoraires des médecins et toutes vont en ce sens. L'article 104 est probablement le plus essentiel et le plus structurant. Il stipule que :

Le médecin ne doit réclamer que des honoraires qui sont justifiés par la nature et les circonstances des services professionnels rendus.

Les articles 103, 106 et 107 apportent certaines précisions concernant :

- la double rémunération, qui est interdite (article 103);
- l'interdiction de demander des honoraires pour des services non rendus (article 106);
- le fait que le médecin ne peut partager ses honoraires que dans la mesure où ce partage n'affecte pas son indépendance professionnelle (article 107).

L'article 105 précise quant à lui les informations devant être fournies au patient dans les cas où des frais lui sont facturés, étant déjà entendu que le médecin ne doit jamais transmettre des informations qu'il sait erronées (article 85). Il se lit comme suit :

Le médecin désengagé ou non participant au régime d'assurance maladie du Québec ou qui réclame des honoraires pour des services non couverts

par ce régime doit préalablement donner au patient des informations suffisantes sur la nature et l'étendue des services inclus dans le prix réclamé et préciser la période de validité du prix, le cas échéant. Le médecin doit donner toutes les explications nécessaires à la compréhension de son compte d'honoraires et des modalités de paiement.

Il doit afficher à la vue du public, dans l'aire d'attente du lieu où il exerce, le prix des services, fournitures et frais accessoires, et des soins médicaux qu'il facture.

Tant et aussi longtemps que la presque totalité des médecins étaient participants au régime d'assurance maladie et que ce régime couvrait la presque totalité des soins médicalement requis, les différends concernant les honoraires étaient plutôt rares au Québec et ils pouvaient être réglés en se référant à l'article 103 interdisant la double facturation. Si les services étaient bel et bien couverts, la RAMQ tranchait et considérait illégaux tous les frais supplémentaires qui n'étaient pas prévus dans les ententes. Sinon, le Collège s'appuyait sur le *Règlement sur la conciliation et l'arbitrage des comptes* pour que les frais facturés par les médecins demeurent dans les limites du raisonnable. Les différends se multiplient maintenant parce que certains services pourtant requis ne sont plus couverts ou ne le sont que partiellement. Ils se multiplient aussi parce que, même si ce phénomène demeure relativement marginal, certains médecins se désengagent ou deviennent non participants. D'où l'intérêt des précisions apportées dans l'article 105. Cet article vise précisément les situations où les patients doivent finalement assumer des frais et il crée une obligation de transparence à cet égard. Mais par ricochet, il oblige tous les médecins à distinguer ce qui, dans leurs honoraires, relève du service professionnel en tant que tel et ce qui relève plutôt d'autre chose : frais de fonctionnement, frais pour les composantes techniques, frais administratifs, frais d'adhésion, frais de courtage, etc.

Aux yeux du groupe de travail, il faut effectivement lire ces articles comme un tout. Les obligations déontologiques du médecin demeurent les mêmes quel que soit son statut par rapport au système de soins ou le statut des services qu'il rend. L'article 104 s'applique à tous les médecins, incluant ceux qui sont non participants ou qui rendent des services non couverts. Quant à l'article 105, qui visait particulièrement les médecins non participants et les services non couverts, il ne s'y limite pas : il s'applique également aux médecins qui sont participants et qui offrent des services couverts. En somme, pour pouvoir respecter l'esprit de l'article 104, les médecins devraient toujours faire les distinctions, prévues à l'article 105, entre les différentes composantes de leurs honoraires et ce, quels que soient le mode de rémunération, le type d'organisation, le statut du médecin ou du service vis-à-vis du régime d'assurance maladie.

Pour le groupe de travail, il est de moins en moins pertinent d'inclure dans les honoraires des médecins des frais qui sont en fait imputables à toute autre chose que leurs services professionnels. Lorsque les diverses composantes des honoraires médicaux ne sont pas distinguées, il est difficile, sinon impossible, de déterminer si la rémunération pour l'activité professionnelle elle-même est raisonnable ou non. Impossible aussi de savoir en quoi les autres frais sont justifiés ou si nous nous trouvons devant une situation de conflit d'intérêts. Dans une telle perspective, on peut penser que l'appellation « frais accessoires » contribue à entretenir la confusion.

L'idée n'est pas ici de s'opposer à tout changement dans les modes de rémunération ou dans les modèles organisationnels. Il est largement reconnu que la rémunération à l'acte n'est pas nécessairement la forme de rémunération la plus adaptée au travail en équipe ou au suivi des maladies chroniques, deux tendances qui sont évidemment à encourager maintenant. Réduire le service professionnel à une série d'actes médicaux bien définis est de moins en moins possible. Il reste que pour savoir si les honoraires des médecins demeurent raisonnables ou non eu égard aux services rendus, il faut absolument préciser le détail des honoraires.

En clair, cela signifie que sur le plan déontologique, les honoraires des médecins doivent être conçus comme la rémunération pour un service professionnel : ces honoraires peuvent varier pour un même service, mais à l'intérieur de certaines limites prévisibles et pour des raisons que le médecin doit pouvoir justifier. Cela signifie aussi que les dérogations concernant les honoraires peuvent faire l'objet du même traitement que les autres dérogations au code et non seulement d'une conciliation et d'un arbitrage des comptes ou d'un jugement de la RAMQ concernant la légalité des frais réclamés aux patients.

3. Les balises déontologiques en matière de conflits d'intérêts et d'indépendance professionnelle

Une fois les limites tracées pour ce qui est des honoraires professionnels, il devient possible de savoir si les médecins profitent d'autres avantages, pécuniers ou non, et si ces avantages compromettent leur indépendance professionnelle. Une rémunération adéquate peut certes minimiser les risques de conflits d'intérêts auxquels les médecins sont exposés. Toutefois, les conflits d'intérêts sont omniprésents en médecine. Aussi, il en demeurera toujours et ces conflits d'intérêts doivent être traités comme tels.

Le *Code de déontologie des médecins* contient une vingtaine de dispositions concernant les conflits d'intérêts et l'indépendance professionnelle. L'article 63 est probablement le plus structurant. Il stipule que:

Le médecin doit sauvegarder en tout temps son indépendance professionnelle et éviter toute situation où il serait en conflits d'intérêts, notamment lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il pourrait être porté à préférer certains d'entre eux à ceux de son patient ou que son intégrité et sa loyauté envers celui-ci pourraient être affectés.

Dans les articles suivants, on identifie nommément certaines de ces situations risquées : lorsque le médecin agit pour le compte d'un tiers à titre d'expert, lorsqu'il traite ses proches, lorsqu'il participe à des entreprises liées au domaine de la santé, à des projets de recherche, à des transplantations d'organes ou à des activités de développement professionnel. On interdit carrément certaines pratiques : les ristournes, la vente de médicaments et de certains produits, la sollicitation de clientèle ou l'utilisation du titre de médecin à des fins commerciales. On impose un cadre pour les partenariats d'affaires et les ententes locatives.

Actuellement, les situations mettant en péril l'indépendance professionnelle des médecins se multiplient. La désassurance de certains services, le changement de statut ou de mode de rémunération du médecin, les frais d'adhésion de toutes sortes, les examens donnant un accès privilégié, etc. Voilà autant de facteurs inédits qui pourraient compromettre l'accès aux soins, la qualité de ces soins ou encore le suivi auquel on est en droit de s'attendre de la part du médecin.

Le code établit certaines balises, mais il ne les fournit pas toutes. Par contre, l'orientation est claire : l'essentiel pour les médecins n'est pas tant d'éviter les situations de conflits d'intérêts potentiels que de conserver leur indépendance professionnelle dans l'objectif ultime de mieux défendre l'intérêt des patients. D'ailleurs, la littérature récente sur les conflits d'intérêts en médecine va dans ce sens. Même s'il est impossible de lister et d'interdire à l'avance toutes les situations qui constitueraient des conflits

d'intérêts importants pour les médecins, il est toujours possible, après coup, de savoir si l'indépendance professionnelle d'un médecin a réellement été mise à mal et si son jugement a été biaisé.

En pratique, cela signifie que pour éviter ou contrer les dérives dans la facturation des médecins, une attention particulière doit être portée non seulement à leurs honoraires, mais également aux autres avantages pouvant compromettre leur indépendance professionnelle.

4. La logique professionnelle et ses limites

Pour le groupe de travail, la logique professionnelle permet de répondre assez facilement à la question de savoir si les médecins reçoivent des honoraires justifiés ou s'ils profitent d'avantages qui compromettent leur indépendance professionnelle et nuisent au suivi ou à la qualité des soins. Toutefois, il n'en va pas de même quand on se demande si ces frais compromettent l'accès aux soins et si c'est aux médecins de s'en soucier. On l'a dit, même quand ils sont justifiés et exempts de conflits d'intérêts, les frais facturés aux patients peuvent créer une barrière à l'accès aux soins. Tout en respectant la logique professionnelle, ces frais pourraient donc contrevvenir à la logique démocratique qui a mené à les interdire. Pour certains commentateurs d'ailleurs, il est clair que la logique professionnelle doit actuellement composer non seulement avec la logique marchande des entrepreneurs et la logique bureaucratique des systèmes publics de soins, mais aussi avec les choix démocratiques qui sont aux fondements de tels systèmes. Ce qui est d'autant plus ardu que ces systèmes peinent désormais à tenir leurs promesses.

La question de l'accès aux soins est particulièrement difficile. D'autant plus que notre système de soins est assez particulier : l'État a pris en charge non seulement le financement des services médicaux et hospitaliers, mais également leur organisation et une bonne partie de leur prestation. Ce qui a pu laisser croire que la responsabilité des médecins à l'égard de l'accès aux soins, si tant est qu'elle n'ait jamais existé, venait de changer de main. L'accessibilité universelle aux soins est effectivement un objectif qui échappe en partie à la logique professionnelle. Il n'en demeure pas moins que les médecins ont toujours eu et auront toujours une part importante de responsabilité dans le fait que les soins qu'une population décide de s'octroyer soient effectivement accessibles. On peut même penser que le chemin des médecins et de ceux qui ont pris le système en charge finira nécessairement par se croiser, puisque l'objectif est finalement le même : dispenser les meilleurs soins possibles aux personnes qui en ont besoin. En effet, notre système de soins a une autre particularité par rapport aux autres systèmes publics existant dans le monde : il s'est donné pour objectif d'assurer une accessibilité universelle aux services de santé jugés prioritaires, soit les soins hospitaliers et les services médicaux. N'est-ce pas là un objectif que les médecins partagent ?

Cependant, il est clair qu'il existera toujours des différences entre les logiques qui animent ces acteurs. Les médecins ont avant tout des responsabilités envers les individus, alors que les responsables des systèmes de soins voient les choses dans une perspective populationnelle. Certaines tensions sont donc inévitables. Si bien que la collaboration des médecins pour que les soins soient accessibles pose un nouveau défi. À preuve, certains ont vu dans ces tensions un nouveau type de conflits d'intérêts ou plus précisément un conflit d'allégeance, le « contrat social » imposant maintenant aux

médecins certaines obligations envers la population en plus de leurs obligations traditionnelles envers les patients.

Le *Code de déontologie des médecins* ne contient que quelques dispositions à cet égard, dont l'article 41, qui est le plus clair. Il stipule que:

Le médecin doit collaborer avec ses confrères au maintien et à l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des services médicaux auxquels une clientèle ou une population doit avoir accès.

Plusieurs autres dispositions pourraient également être interprétées sous cet angle. Par exemple, le médecin qui décide de ne plus participer au régime d'assurance maladie ou de limiter son exercice à des services médicaux non couverts est quand même tenu d'assurer le suivi requis par l'état de santé des patients qu'il a pris ou prend en charge (articles 32 à 38). Il reste que notre code, comme tous les autres codes de déontologie, n'a pas été conçu dans cet esprit.

Les responsabilités collectives faisant l'objet d'une préoccupation relativement nouvelle de la part des médecins, il est plus difficile d'en préciser les implications pratiques. Comment peut-on s'assurer que l'ensemble des médecins répond à l'ensemble des besoins de la population, incluant les besoins prioritaires, tout en respectant leur autonomie professionnelle et leur fonction fiduciaire à l'égard des individus? Quel devrait être le rôle précis du CMQ à cet égard? Bien entendu, il faut bien distinguer la responsabilité du corps médical quant à l'accès aux services rendus à la population par l'ensemble de ses membres, de celle qui incombe aux systèmes de soins, dont l'objectif principal est d'assurer un accès universel aux services de santé couverts par les programmes publics d'assurance. Il reste que le « contrat social » comporte pour le corps médical certains privilèges, mais également des responsabilités, qui doivent être partagées entre tous les médecins.

Une chose est claire présentement au Québec : le médecin qui rend des services médicaux non couverts (ou non requis) ou qui décide de ne plus participer au régime d'assurance maladie ne cesse pas pour autant d'être un médecin et ne devient pas « un électron libre ». Il doit, comme les autres, respecter ses obligations et collaborer à ce que la profession médicale réponde adéquatement aux besoins et avant tout à ceux qui sont prioritaires. Il n'en irait pas autrement si jamais il était permis aux médecins d'être à la fois participant et non participant.

Déjà, le fait de préciser les balises concernant les honoraires et les conflits d'intérêts devrait permettre de réduire l'attrait que semble exercer depuis un certain temps la « pratique mixte ». Du moment que les obligations professionnelles des médecins demeurent essentiellement les mêmes, quels que soient le mode de rémunération et le type d'organisation ou le type de services rendus, la pratique mixte n'apparaît plus

comme la solution miracle que plusieurs médecins espéraient mais qui, au Québec, leur est toujours interdite.

Si la pratique mixte n'est pas une solution, le groupe de travail a toujours estimé que son interdiction n'en est pas une non plus. En fait, l'interdiction de la pratique mixte qui prévaut actuellement avait pour but avoué de garder les médecins dans le système public de soins. Il faut bien voir qu'elle a, en partie, un effet exactement contraire. Les médecins qui veulent facturer des frais tout en demeurant participants n'ont qu'à réorienter une partie de leur pratique vers la prestation de services non couverts parce que non médicalement requis. Ce type de situation va en augmentant et, dans un contexte de pénurie relative d'effectifs, devrait inquiéter au même titre que la pratique mixte.

Les services qui ne sont pas médicalement requis sont loin d'être inutiles; la question n'est pas là. En réalité, la même question se pose ici que pour les frais accessoires : les services médicaux qu'exige prioritairement l'état de santé des patients sont-ils effectivement accessibles? Voilà finalement la question de fond, à laquelle il faut continuer à chercher toutes les réponses possibles, qu'elles viennent de la déontologie médicale ou de l'organisation des systèmes de soins.

Conclusion

En somme, le groupe de travail estime que les problèmes entourant les frais accessoires et la pratique mixte sont les symptômes d'un malaise plus profond dans nos sociétés où l'articulation des intérêts collectifs et des intérêts particuliers est de plus en plus difficile. L'évolution des connaissances, des pratiques et des mentalités ayant été plus rapide que les ajustements apportés au système de soins, il règne présentement dans le domaine de la santé une incohérence et une confusion démobilisantes. S'il faut sans aucun doute apporter des réponses rapides à la question des frais facturés aux patients, il faut également que des solutions plus substantielles soient proposées, susceptibles de permettre aux différents acteurs de comprendre la situation et de se responsabiliser à nouveau.

Il ne sert à rien de nier que les logiques animant ces acteurs diffèrent. Toutefois, l'objectif moral qui est à la base tant de la pratique professionnelle que de la décision démocratique de se doter de systèmes de soins, et de systèmes qui fonctionnent bien en matière de coûts et d'efficacité, demeure essentiellement le même : assurer aux personnes qui en ont besoin les meilleurs soins possibles. Pour que ces logiques puissent converger, encore faut-il que cet objectif ne soit jamais perdu de vue, au profit d'intérêts plus immédiats ou plus particuliers.

Selon le groupe de travail, le professionnalisme et les dispositions déontologiques existantes, notamment en matière d'honoraires médicaux et d'indépendance professionnelle des médecins offrent des balises étonnamment actuelles, permettant de garder le cap sur cet objectif. La question de l'accessibilité aux soins pose toutefois un défi particulier que la logique professionnelle à elle seule ne permet pas de relever.

C'est pourquoi il est recommandé par le groupe de travail que le CMQ :

- insiste sur le fait que la logique professionnelle et les obligations déontologiques constituent des balises très intéressantes en ce qui concerne les frais facturés aux patients puisqu'au Québec, elles valent pour tous les médecins, qu'ils soient participants ou non au régime d'assurance maladie, et pour tous les services professionnels rendus, qu'ils soient ou non couverts par le régime d'assurance maladie;
- rappelle les obligations déontologiques des médecins québécois en matière d'honoraires et d'indépendance professionnelle et s'applique à les faire respecter;
- réintroduise dans le débat, outre les questions de rémunération et de conflits d'intérêts, celles de la pertinence des services offerts, de la priorisation des soins et de la collaboration de l'ensemble des médecins québécois pour rendre ces soins accessibles;

- continue d'interpeller les responsables du système de soins pour que les conditions qui sont mises en place, notamment sur le plan des services qui sont couverts ou non par le régime et sur le plan de la rémunération et de l'organisation de la main-d'œuvre médicale, suivent une certaine logique et permettent aux médecins de respecter leurs obligations déontologiques.

Références

Professionnalisme

- ANDERSEN, Lotte Bøgh. «What determines the behaviour and performance of health professionals? Public service motivation, professional norms and/or economic incentives», *International Review of Administrative Sciences*, vol. 75, n° 1, 2009, p. 79-97.
- BUNKER, J.P. «Can professionalism survive in the market place?», *British Medical Journal*, vol. 308, p. 1179.
- CRUESS, Richard L., Sylvia R. CRUESS et Yvonne STEINERT (edit.). *Teaching Medical Professionalism*, New York, Cambridge University Press, 2009, 310 p.
- FREIDSON, Eliot. *Professionalism, The Third Logic: on the Practice of Knowledge*, Great Britain, University of Chicago Press, 2001, 250 p.
- GREENWOOD, Royston, Roy SUDDABY et C.R. HININGS, «Theorizing Change: The Role of Professional Associations in the Transformation of Institutionalized Fields», *Academy of Management Journal*, vol. 45, n° 1, 2002, p. 58-80.
- MacDONALD, Chris. «Clinical Standards and the Structure of Professional Obligation», *Professional Ethics*, vol. 8, n° 1, 2000, p. 7-17.
- MacDONALD, Chris. «Relational Professional Autonomy», *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, vol. 11, n° 3, 2002, p. 282-289.
- MARTIMIANAKIS, Maria Athina, Jerry M. MANIATE et Brian David HODGES. «Sociological Interpretations of Professionalism», *Medical Education*, vol. 43, n° 9, 2009, p. 829-837.
- WEAR, Delese et Julie M. AULTMAN (edit.). *Professionalism in Medicine: Critical Perspectives*, LaVergne, Springer, 2006, 275 p.

Honoraires et rémunération

- BARON, Richard J. et Christine K. CASSEL. «New Physician Roles Need New Payment Models», *The Journal of the American Medical Association*, vol. 299, n° 13, 2008, p. 1595-1597.
- CUNNINGHAM, Robert. «Professionalism Reconsidered: Physician Payment in a Small-Practice Environment», *Health Affairs*, vol. 23, n° 6, 2004, p. 36-47.
- GILBERTSON, Elisabeth B. «Physician Roles, Payment Models, and Partnerships in Primary Care», *The Journal of the American Medical Association*, vol. 300, n° 1, 2008, p. 44.
- GIORDANO, James. «Physicians, Payments, and Practices: Moral Issues, Public Perceptions, and the Stark Laws», *Pain Physician*, vol. 10, 2007, p. 719-723.
- GOODSON, John D. «Unintended Consequences of Resource-Based Relative Value Scale Reimbursement», *The Journal of the American Medical Association*, vol. 298, n° 19, 2007, p. 2308-2310.
- HALL, Mark A. et Carl E. SCHNEIDER. «Patients as Consumers: Courts, Contracts, and the new Medical Marketplace», *Michigan Law Review*, vol. 106, n° 4, 2008, p. 643-690.
- HALL, Mark A. et Carl E. SCHNEIDER. «Learning from the Legal History of Billing for Medical Fees», *The Journal of General Internal Medicine*, vol. 23, n° 8, 2008, p. 1257-1260.
- HALL, Mark A. et Carl E. SCHNEIDER. «The Professional Ethics of Billing and Collections», *Journal of the American Medical Association*, vol. 300, n° 15, 2008, p.1806-1808.

- HALL, Mark A. et Carl E. SCHNEIDER. «Professional Obligations when Patients Pay out of Pocket», *The Journal of Family Practice*, vol. 58, n° 1, 2009, E1-E4.
- JONSEN, Albert R. et collab. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, Special Section: Commercialism in Medicine, vol. 16, n° 4, 2007, p. 368-442.
- KORN, Allan. «Professionalism Reconsidered: Physician Payment from a Health Plan Perspective», *Health Affairs*, vol. 23, n° 6, 2004, p. 48-50.
- WOODWARD, Christel A., Brian HUTCHISON, Geoffrey R. NORMAN, Judy A. BROWN et Julia ABELSON. «What factors influence primary care physician's charges for their services? An exploratory study using standardized patients», *Canadian Medical Association Journal*, vol. 158, n° 2, 1998, p. 197-202.

Conflits d'intérêts et indépendance professionnelle

- Collège des médecins du Québec. *Les conflits d'intérêts et l'indépendance professionnelle : nouveaux défis pour l'éthique des médecins*, Document de référence, 2001, 19 p.
- DAVIS, Michael et Andrew STARK (édit.). *Conflict of Interest in the Professions*, New York, Oxford University Press, 2001, 355 p.
- LEMMENS, Trudo. «Bioethics for clinicians: 17. Conflict of interest in research, education and patient care», *Canadian Medical Association Journal*, vol. 159, n° 8, 1998, p. 960-965.
- RODWIN, Marc A. *Conflicts of Interest and the Future of Medicine: The United States, France and Japan*, New York, Oxford University Press, 2011, 374 p.
- SPECE, Roy G. Jr., David S. SCHIMM et Allen E. BUCHANAN (edit.). *Conflicts of Interest in Clinical Practice and Research*, New York, Oxford University Press, 1996, 453 p.
- STEINBROOK, Robert. «Controlling Conflict of Interest – Proposals from the Institute of Medicine», *The New England Journal of Medicine*, vol.360, n° 21, 2009, p. 2160-2163.
- THOMPSON, Dennis F. «Understanding Financial Conflicts of Interest», *The New England Journal of Medicine*, vol. 329, n° 8, 1993, p. 573-576.

Responsabilités collectives

- DE RENZO, Evan G. et SCHWARTZ, Jack. «Building *Esprit de Corps*: Learning to Better Navigate between "My" Patient and "Our" Patient», *The Journal of Clinical Ethics*, vol. 21, n° 3, 2010, p. 232-237.
- QUIST, Norman. «*Esprit de Corps*: The Possibility for the Best Care a Hospital Can Provide», *The Journal of Clinical Ethics*, vol. 21, n° 3, 2010, p. 238-242.

Systèmes de soins

- BÉLAND, François, André-Pierre CONTANDRIOPOULOS, Amélie QUESNEL-VALLÉE et Lionel ROBERT (édit.). *Le privé dans la santé : les discours et les faits*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2008, 472 p.
- CHEVALLIER, Georges. *Systèmes de Santé : Clés et comparaisons internationales*, Paris, L'Harmattan, 2010, 125 p.
- CHOUDHRY, Sujit, Niteesh K. CHOUDHRY et Adalsteinn D. BROWN, «Unregulated private markets for health care in Canada? Rules of professional misconduct, physician kickbacks and physician self-referral», *Canadian Medical Association Journal*, vol. 170, n° 7, 2004, p. 1115-1118.
- Conseil médical du Québec. *Avis : L'apport complémentaire du secteur privé aux services médicalement requis*, 1999, 54 p.

- CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. « Les enjeux éthiques associés à la transformation des systèmes de soins », *Éthique publique*, vol. 5, n° 1, 2003, p. 42-57.
- Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux. *Propositions novatrices pour assurer l'accessibilité et la pertinence des services médicaux, Synthèse des Avis du Conseil médical du Québec*, septembre 2000, 83 p.
- Gouvernement du Québec, Conseil de la santé et du bien-être. *Évolution des rapports public-privé dans les services de santé et les services sociaux*, janvier 2001, 77 p.
- Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux. *Rapport du Comité de travail sur les frais accessoires*, octobre 2007.
- HÉBERT, Réjean et Marie-Claude PRÉMONT. « Les coopératives de santé : entre compétition commerciale et solidarité sociale », *Revue juridique Thémis*, vol. 44, n° 3, 2010, p. 273-323.
- HUTCHISON, Brian. « La consommation des soins de santé: à la recherche du mot juste », *Healthcare Policy*, vol. 2, n° 1, 2006, p. 10-12.
- HUTCHISON, Brian. « Préserver l'assurance maladie au Canada », *Healthcare Policy*, vol. 4, n° 2, 2008, p. 13-15.
- LAVERDIÈRE, Marco. *Le cadre juridique canadien et québécois relatif au développement parallèle de services privés de santé et l'article 7 de la Charte Canadienne des Droits et Libertés*, mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke, 1997, 131 p.
- MECHANIC, David. «Rationing of Medical Care and the Preservation of Clinical Judgment», *The Journal of Family Practice*, vol. 11, n° 3, 1980. p. 431-433.
- POLDER, Johan J. et Henk JOCHEMSEN. «Professional Autonomy in the Health Care System», *Theoretical Medicine*, 2000, vol. 21, n° 5, 2000, p. 477-491.
- PRÉMONT, Marie-Claude. « Les soins de santé a mare usque ad mare : Les rôles du fédéral et des provinces face au financement privé », dans *L'espace canadien : mythes et réalités. Une perspective québécoise*, Robert Bernier (édit.), Québec, Presses de l'Université du Québec, 2010, p. 139-166.
- RAMEIX, Suzanne. « Annexe II : Maîtrise médicalisée des dépenses de santé? La question de la justice », dans *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*, Paris, Ellipses, 1996, p. 100-107.

Membres du groupe de travail

Dr France-Laurent Forest (président)

Dr François Desbiens (décédé en mars 2011)

Dr Marguerite Dupré

Mme Nathalie Ebnoether

Dr Yves Robert

Dr Michèle Marchand (secrétaire)

Dr François Gauthier (directeur, Direction des enquêtes), à titre d'invité