

L'adoption de la loi 33 et l'amélioration de l'accès à des services médicaux spécialisés déjà la controverse ?

Christiane Larouche

Le processus menant à l'adoption de la loi 33 aura fait couler beaucoup d'encre. Si l'on se fie aux débats récents entourant l'ouverture de la clinique Rockland MD et à la confusion autour du caractère public ou privé des services de santé qui y seront prodigués, il semble bien que l'on continuera de discuter un certain temps de l'application et des conséquences de ce projet de loi controversé.

Nous vous proposons donc un résumé des grandes lignes de la loi 33 en tentant de mieux situer la controverse entourant l'ouverture de la clinique Rockland MD peu après l'adoption du projet de loi.

Le mécanisme central de gestion de l'accès

La loi 33 prévoit l'instauration, dans un centre hospitalier, d'un mécanisme central de gestion de l'accès à ses services spécialisés et surspécialisés. C'est sans nul doute l'aspect du projet de loi qui a obtenu le plus d'appuis.

Ce mécanisme comprendra des règles à respecter pour inscrire un usager sur une liste d'accès aux services de même que des modalités permettant de déterminer la date prévisible à laquelle l'usager pourra obtenir ces services. Ne vous méprenez pas, ce mécanisme ne vise pas uniquement les opérations du genou, de la hanche et des cataractes dont nous avons tant entendu parler. Il vise tous les services spécialisés et surspécialisés dans tous les services.

Il est à noter qu'un délai de deux ans est consenti par la loi 33 pour permettre à chaque établissement exploitant un centre hospitalier d'établir son mécanisme de gestion de l'accès. Il semble que les intentions du ministère soient de commencer la mise en place du mécanisme central par les opérations de la hanche, du genou et des cataractes pour progressi-

vement l'étendre à d'autres types d'intervention.

Ce mécanisme sera instauré après consultation des chefs de départements cliniques concernés et du CMDP de l'établissement. Afin d'assurer une gestion uniforme des listes d'accès, le ministre de la Santé possède toutefois le pouvoir de déterminer la nature des renseignements qui devront être recueillis et utilisés par les établissements. C'est ainsi que le ministre a décidé qu'une personne serait considérée comme en attente de services lorsqu'une demande de services aura été dûment remplie, signée et déposée au bureau d'admission de l'établissement par le médecin traitant. Tout délai préalable pour accéder à son médecin de famille et au plateau technique permettant la détermination d'un diagnostic ne sera malheureusement pas pris en compte.

Le responsable du mécanisme d'accès de chaque établissement agira sous l'autorité du directeur des Services professionnels et aura la responsabilité de voir à ce que chaque chef de département clinique s'assure du bon fonctionnement du mécanisme d'accès dans son département. En plus de communiquer à l'usager une date prévisible de prestation de services **dès le départ**, le responsable du mécanisme devra également lui offrir des mesures de rechange dès que l'on aura déterminé que l'établissement ne

M^e Christiane Larouche est avocate au Service juridique de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

pourra lui prodiguer ces services à l'intérieur de délais jugés acceptables. Le patient pourrait alors recevoir les services dans une autre région, dans un centre médical spécialisé composé exclusivement de médecins participants ou de médecins non participants s'il s'agit d'opérations du genou, de la hanche ou des cataractes ou même hors Québec, le cas échéant. Dans tous les cas, la loi prévoit que les services seront couverts par l'État.

Par ailleurs, c'est le ministre qui émettra des directives afin de préciser les objectifs concernant les délais d'attente raisonnables pour recevoir un service médical spécialisé. À cette fin, la loi prévoit que le ministre doit tenir compte des normes d'accès généralement reconnues après avoir effectué « les consultations appropriées ». Ces dernières ne sont pas définies dans la loi qui prévoit, par contre, que le ministre peut demander aux établissements de lui remettre les renseignements recueillis lors de la confection de leur liste d'accès de façon à déterminer si les délais d'attente sont raisonnables ou non. C'est ainsi que le ministre a déjà fait savoir qu'un délai de six mois sera le critère retenu pour les opérations du genou, de la hanche et des cataractes.

Pour en savoir davantage sur la gestion des délais d'attente, vous pouvez visiter le site Internet du ministère de la Santé (www.msss.gouv.qc.ca/index.php) qui possède toute une section sur l'accès aux services spécialisés existants. Vous y accéderez en passant par la section intitulée « grands dossiers » se trouvant dans le coin supérieur droit de la page d'accueil. Vous y découvrirez notamment des tableaux dressant le portrait des délais d'attente pour certains services spécialisés, par régions et par établissements. Des tableaux comparatifs sur les balises et les délais cibles pour certains champs d'activités au Québec et ailleurs sont également reproduits.

Les centres médicaux spécialisés

Le projet de loi prévoit la création d'un régime juridique pour permettre l'exercice d'activités médicales dans des centres médicaux spécialisés. L'exploitant d'un tel centre pourra y offrir tous les services médicaux nécessaires pour effectuer les interventions spécifiquement mentionnées dans la loi, soit les opérations de la hanche, du genou et des cataractes, de même que tout autre traitement médical spécialisé que pourrait éventuellement

déterminer le ministre par l'entremise d'un règlement.

Le régime juridique prévu dans la loi vise à fournir un cadre pour assurer la qualité et la sécurité des services médicaux qui seront prodigués dans un centre médical spécialisé. La loi exige notamment que l'exploitant du centre soit titulaire d'un permis, obtienne un agrément et nomme un directeur médical.

La loi prévoit, par ailleurs, que les centres médicaux spécialisés composés de médecins non participants devront offrir les soins couvrant toute la chaîne de soins pour les interventions citées plus haut, notamment les traitements préopératoires et postopératoires. Il en est de même pour les médecins participants ou non qui offriraient des services non assurés, comme des interventions de chirurgie esthétique.

Selon le projet de loi, des médecins participants et non participants ne pourront pratiquer ensemble dans le même centre médical spécialisé. Cette mesure aurait pour but de préserver l'étanchéité du système de santé public. On a récemment allégué dans les médias que la clinique Rockland MD contrevenait aux dispositions de la loi 33 à cet égard. Or, dans la mesure où cette clinique n'est pas désignée comme étant un centre médical spécialisé ayant le mandat de réaliser les trois types d'opérations prévues dans la loi, rien ne s'oppose à ce que des médecins participants et non participants y travaillent ensemble. La raison pour laquelle la Régie de l'assurance maladie fera enquête est, à notre avis, strictement liée à l'évaluation des frais accessoires facturés aux patients en association avec des services assurés.

Les cliniques médicales associées

Le projet de loi prévoit également, sous certaines conditions, qu'un établissement qui exploite un centre hospitalier peut s'associer par contrat à une clinique médicale afin d'y offrir des services médicaux spécialisés à ses usagers.

Les contrats devront être mis en œuvre par une agence en vue d'améliorer l'accessibilité aux services médicaux spécialisés de sa région, puis être approuvés par le ministre. De façon tout à fait étonnante, les éléments des contrats à intervenir sont spécifiés dans la loi.

Ces cliniques seront ni plus ni moins des extensions des centres hospitaliers. En effet, les médecins, qui participent exclusivement au régime public, qui y exerceront seront soumis au processus d'examen des

plaintes de l'établissement qui y dirigera l'utilisateur. Ils devront notamment satisfaire « aux besoins » de l'établissement auquel la clinique est associée pour pouvoir y pratiquer les services visés à une entente de services.

L'ouverture à l'assurance privée

Le projet de loi modifie, par ailleurs, la *Loi sur l'assurance maladie* afin de prévoir la possibilité pour une personne de conclure un contrat d'assurance couvrant le coût des services assurés requis pour effectuer les opérations du genou, de la hanche ou des cataractes ou les autres traitements qui pourraient être déterminés ultérieurement par règlement du gouvernement. Le contrat d'assurance devra couvrir le coût de l'ensemble des services liés à ces interventions, qui devront être offerts dans un centre médical spécialisé où exercent exclusivement des médecins qui ne participent pas au régime d'assurance maladie. De façon très concrète, cela signifie que le citoyen qui ne voudrait pas attendre le délai d'attente dit raisonnable de six mois fixé par le ministre pour subir son opération de la hanche, du genou ou des cataractes dans le réseau public pourrait aller dans un centre médical spécialisé privé et être couvert par sa compagnie d'assurances.

La non-participation au régime public

Afin de préserver le régime de santé public du Québec, la *Loi sur l'assurance maladie* a été modifiée pour accorder au ministre davantage de pouvoirs afin de suspendre, dans certaines circonstances, la possibilité pour un médecin de cesser de participer au régime d'assurance maladie.

Les frais accessoires et les services non assurés

Comme nous l'avons indiqué dans notre dernier article intitulé « L'adoption du projet de loi 33 en bâillon », certaines dispositions concernant les frais accessoires sont déjà en vigueur et intéressent les médecins omnipraticiens. Toutes ne le sont toutefois pas et quelques explications s'imposent donc à ce sujet. En fait, la loi 33 prévoit l'insertion d'un nouvel article 22.0.0.1 à la *Loi sur l'assurance maladie* concernant la facturation des frais accessoires et des services non assurés. De façon très spécifique, ces amendements comprennent :

- ⊗ L'obligation d'afficher dans la salle d'attente le tarif des services, des fournitures, des frais accessoires prévus dans une entente et des services non assurés

ou considérés comme tels ;

- ⊗ L'interdiction de réclamer une somme d'argent autre que celle qui est affichée ;
- ⊗ L'obligation de fournir des factures détaillées pour ces services lorsqu'un paiement est demandé ;
- ⊗ L'obligation de faire mention du recours prévu à l'article 22.0.1 de la *Loi sur l'assurance maladie* pour contester les montants réclamés par le médecin ;
- ⊗ L'imposition d'une amende variant entre 500 \$ et 5000 \$, selon le cas, en cas de violation à ces dispositions ou en cas de récidive.

Ces dispositions seront en vigueur le **13 juin prochain**. Profitez-en pour vous préparer en conséquence ! Par contre, sachez qu'une portion de ce nouvel article est effectivement déjà en vigueur depuis le 13 décembre dernier. Cette disposition est de nature déclaratoire et concerne l'interprétation des services non assurés et des frais accessoires. Ainsi, dans l'application de la *Loi sur l'assurance maladie*, on doit considérer comme demeurant non assuré un service considéré comme non assuré même s'il est requis avant, pendant ou après l'exécution d'un service assuré. Il en est de même pour des frais accessoires, des frais de fournitures ou de services. Un exemple : une échographie pratiquée en clinique privée n'est pas assurée même si elle est étroitement associée à l'exécution d'un service, comme un avortement.

SACHEZ QUE LE MINISTRE COUILLARD s'exprimait en ces termes quelques minutes avant l'adoption du projet de loi 33 concernant la question des frais accessoires : « *On demandera maintenant que ces frais soient affichés, et qu'on affiche par la même occasion les recours disponibles aux citoyens pour contester ces factures, et que les personnes reçoivent également une facture détaillée pouvant permettre de savoir pourquoi ils ou elles paient et de quelle façon cela peut se justifier. Rappelons que ce n'est pas le cas actuellement, car il y a un certain degré d'opacité ou de flou dans ces frais accessoires qui sont bien sûr perçus depuis des années dans notre système de santé* ». À suivre... ! 📄

Date de réception : 13 février 2007

Date d'acceptation : 15 février 2007

Vous avez des questions ? N'hésitez pas à communiquer avec le Service juridique de la FMOQ par téléphone au 514 878-1911 ou au 1 800 361-8499 ou encore par courriel à lbrosseau@fmoq.org