

**Mémoire de Me Jean-Pierre Ménard, Ad. E.
Ménard, Martin, Avocats
4950, rue Hochelaga
Montréal (Qc) H1V 1E8
www.vosdroitsensante.com**

Présenté à :

La Commission de la santé et des services sociaux

Dans le cadre des consultations particulières sur le Projet de loi n92

*Loi visant à accroître les pouvoirs de la Régie de l'assurance maladie du Québec et
modifiant diverses dispositions législatives*

Montréal, le 11 mai 2016

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	3
Remarques générales	4
1. Les frais accessoires	6
2. Droit d'accès au dossier de l'assuré	8
3. Subrogation de la Régie de l'assurance maladie du Québec	11
Conclusion.....	16
ANNEXE 1 – LES RECOMMANDATIONS	17

Introduction

Le soussigné transige avec la Régie de l'assurance maladie du Québec («RAMQ») depuis de nombreuses années. Notre pratique spécialisée en responsabilité médicale nous a amené à faire de nombreuses interventions dans l'application des règles de subrogation (article 18 de la *Loi sur l'assurance-maladie*, ci-après «la Loi»). Dans ce même contexte, nous commandons chaque semaine des dossiers détenus par la Régie concernant les services rendus aux assurés (art. 64 de la loi). Nous avons conseillé à de nombreuses reprises à des clients de porter plainte auprès de la RAMQ relativement aux frais accessoires. Nous avons également, au fil des années, agi au nom de clients pour toutes sortes d'autres dossiers auprès de la RAMQ, tels, admissibilité, services reçus ou requis à l'étranger, etc. Nos commentaires et notre analyse se situent dans le contexte d'une expertise-terrain, du point de vue des personnes assurées par la *Loi sur l'assurance-maladie* et, de façon plus générale des patients du Québec.

Rôles et responsabilités de la Régie :

La loi confie d'importantes responsabilités à la Régie :

«MESURES DE CONTRÔLE

La Régie a pour fonction d'administrer et d'appliquer les programmes du régime d'assurance maladie institué par la Loi sur l'assurance maladie (RLRQ, chapitre A-29) ainsi que tout autre programme que la loi ou le gouvernement lui confie. Dans l'exercice de ses pouvoirs, la Régie peut, par elle-même ou une personne qu'elle désigne, enquêter sur toute matière de sa compétence.

À cet effet, les enquêtes peuvent porter, notamment, [...], sur les frais facturés aux personnes assurées, sur la rémunération versée aux professionnels de la santé et les paiements ou remboursements faits, selon le cas, aux établissements, aux laboratoires, à la personne qui a dispensé le service ou fourni le bien.

[Pages 29 du rapport annuel 2014-2015 de la RAMQ]

À cela, il y a lieu d'ajouter les pouvoirs de subrogation prévus à l'article 18 de la loi, qui permettent à la RAMQ de se faire rembourser les coûts des soins qu'elle a assumés lorsque ces soins résultent de la faute d'autrui.

Pour exercer ses fonctions, qui impliquent des sommes considérables (la Régie administre un budget de plus de 10 milliards de dollars de fonds publics), il est essentiel que la Régie dispose des moyens et d'un encadrement juridique approprié, qu'elle ait des ressources suffisantes pour accomplir sa mission et que sa culture organisationnelle soit concordante avec sa mission.

Nous constatons que la Régie de l'assurance-maladie du Québec n'est pas à la hauteur de la mission que lui a confiée le législateur pour les raisons évoquées ci-dessous. Les conséquences pour les citoyens du Québec sont considérables. Des centaines de millions de dollars ne sont pas dépensés correctement. Des dizaines, sinon des centaines de millions de dollars ne sont pas récupérés par la Régie, ce qui augmente le fardeau que doivent supporter l'ensemble des citoyens et touche directement le droit d'accès des citoyens aux services de santé.

À travers l'analyse que nous en faisons, nous constatons plusieurs lacunes au cadre législatif qui s'applique à la Régie. Nous proposons un certain nombre de modifications pour améliorer la situation. Cependant, même avec les meilleures dispositions possibles dans la loi, l'insuffisance des ressources et une culture organisationnelle déficiente peuvent compromettre l'application des meilleures lois du monde.

Notre analyse du projet de loi 92 porte sur certains aspects du cadre juridique applicable aux interventions de la Régie de l'assurance-maladie.

Remarques générales

Le projet de loi vise à augmenter les pouvoirs de la Régie de l'assurance-maladie pour lui permettre de réaliser ses mandats. À priori, personne ne s'opposera à un accroissement des pouvoirs de la Régie, qui était réclamé depuis de nombreuses années. Il faut cependant déplorer qu'on ait laissé passer autant de temps pour réagir et corriger la situation.

Jusqu'à ce jour, et ce, depuis des années, l'insuffisance des pouvoirs de la Régie a été dénoncée et signalée de toutes parts. Le projet de loi 92, tel que proposé, est un premier pas dans la bonne direction. Toutefois, il se doit d'être bonifié et accompagné d'un changement de culture à la RAMQ avec un déploiement de ressources appropriées pour lui permettre d'accomplir ses mandats.

L'augmentation du délai de prescription, la possibilité de recours contre les tiers, la réduction des délais de contestation, l'octroi de pouvoirs d'inspection et d'intervention accrus de la Régie même sans plainte de patients, des pénalités plus importantes, sont toutes des mesures qui ont un potentiel dissuasif en plus de permettre à la RAMQ de mieux contrôler la facturation des médecins et l'exécution des autres mandats que la loi lui confie.

Toutefois, sans ressources supplémentaires dédiées à l'application de ses nouveaux pouvoirs, la situation risque de ne pas changer.

Bien que le cadre législatif actuel soit plus limité que celui proposé, la RAMQ a déjà d'importantes difficultés à exécuter son mandat. Le discours que tient la Régie semble plutôt banaliser cette situation.

D'ailleurs, la Vérificatrice générale du Québec reconnaît, dans son rapport à l'Assemblée Nationale pour l'année 2015-2016, que la RAMQ manque de ressources afin de remplir son mandat :

« Les ressources de la RAMQ sont limitées puisque celle-ci ne dispose que de quatre médecins conseils pour réaliser les travaux d'analyse de la facturation. Ces mêmes médecins sont également sollicités pour soutenir les enquêtes ou d'autres activités administratives. »

Le tableau suivant, tiré de la page 30 du rapport annuel de la RAMQ de 2014-2015, démontre que le nombre d'enquêtes a diminué considérablement au fil des années :

	<i>2011-2012</i>	<i>2012-2013</i>	<i>2013-2014</i>	<i>2014-2015</i>
<i>Décisions rendues à la suite d'une enquête</i>	714	510	494	395
<i>Décisions rendues à la suite d'une enquête avec au moins une action corrective</i>	523	405	461	313
<i>Pourcentage de décisions rendues avec au moins une action corrective</i>	73 %	79 %	93 %	79 %

De plus, la revue « L'Actualité » signalait, le 10 mai 2016, que le nombre d'actes médicaux mal facturés par les médecins avaient presque doublé entre 2011-2012 et 2015-2016, représentant plus de 7 millions de dollars.

La Vérificatrice générale soulignait, dans son rapport de novembre 2015, qu'à peine 2% des médecins facturant la Régie avaient fait l'objet de vérification, et pour un seul code d'acte.

Une si faible surveillance est incompréhensible et injustifiable eu égard aux sommes impliquées et aux répercussions qui en découlent pour le public. Le système de rémunération des médecins repose largement, en raison de ces faiblesses, sur l'auto-contrôle et l'autorégulation des médecins par eux-mêmes seulement. Même si la grande majorité des médecins se conforme rigoureusement au système, la faiblesse et l'insuffisance des contrôles sont de nature à favoriser, sans que cela ne soit de la fraude, des interprétations et des manières de faire qui sont incompatibles avec les règles d'une gestion rigoureuse.

Nous n'avons d'autre choix que de constater que même avec des pouvoirs limités, la Régie a des difficultés importantes à exécuter ses mandats les plus importants. Les seuls

changements législatifs proposés ne peuvent à eux seuls régler les problèmes d'application de la loi.

1. Les frais accessoires

La Vérificatrice générale du Québec a déposé le 10 mai 2015 un extrait de son rapport pour l'année financière en cours relativement aux frais accessoires. Il y souligne que le ministre de la Santé et des Services sociaux et la RAMQ ont perdu le contrôle des frais accessoires. Cela signifie que les patients sont laissés à la merci de tous ceux qui profitent de l'inaction de la Régie, du Ministre et du Collège des médecins. Il faut changer la situation immédiatement. Les frais accessoires sont un cancer qui ronge le système public de santé et qui ne cesse de s'étendre. Il faut immédiatement une intervention drastique, comme le serait une intervention chirurgicale, pour corriger la situation.

Les dispositions prévues pour interdire les frais accessoires se retrouvent à l'alinéa 2 de l'article 9 du projet de loi 92. Elles prévoient essentiellement que lorsqu'une personne ou un organisme contrevient à la Loi, il y aura l'imposition d'une amende de 5 000\$ à 50 000\$ dans le cas d'une personne physique et de 15 000\$ à 150 000\$ dans les autres cas. En cas de récidive, les amendes minimales et maximales sont doublées.

Ces amendes sont impossibles lorsqu'une personne contrevient au neuvième alinéa de l'article 22 de la loi, qui se lit comme suit :

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

Constituent notamment de tels frais ceux liés :

1° au fonctionnement d'un cabinet privé de professionnels ou d'un centre médical spécialisé au sein de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*;

2° aux services, fourniture de médicaments et équipements requis pour la dispensation d'un service assuré, ainsi que pour la réalisation d'un test diagnostique se rapportant à un tel service ».

Quant au onzième alinéa de l'article 22 de la loi, il prévoit que :

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

Ces deux articles qui prohibent le paiement des frais accessoires sont très clairs, en plus d'être non limitatifs, selon les termes du 9^e alinéa.

La portée réelle de ces interdictions est toutefois fortement nuancée et même à un certain degré, compromise par l'alinéa 12 de l'article 22 de la loi qui se lit comme suit :

« Malgré les interdictions énoncées au neuvième et onzième alinéas, le gouvernement peut, par règlement, prescrire des cas et des conditions dans lesquels un paiement est autorisé ».

À ce jour, ce pouvoir réglementaire n'a pas été exercé, ce qui empêche la RAMQ d'appliquer la *Loi sur l'assurance-maladie* et le Collège des médecins de faire appliquer son Code de déontologie, en raison de l'incertitude qui découle de l'adoption éventuelle du règlement. En outre, un tel règlement, s'il était adopté, contreviendrait directement, à notre avis, à l'interdiction de surfacturation et à la condition d'accessibilité prévue à la *Loi canadienne sur la santé*, et entraînerait automatiquement des coupures dans les transferts du gouvernement du Canada vers le Québec d'un montant équivalent à la surfacturation autorisée.

Le ministre a annoncé la semaine dernière que le pouvoir réglementaire prévu au douzième alinéa de l'article 22 ne serait pas exercé et, qu'en conséquence, il n'y aurait pas de frais accessoires autorisés.

Puisque le pouvoir réglementaire ne sera pas exercé, les neuvième et onzième alinéas, déjà en vigueur, trouvent donc application immédiatement. La RAMQ peut faire appliquer immédiatement les alinéas 9 et 11 de l'article 22. Les amendes applicables sont celles prévues à la *Loi sur l'assurance-maladie* actuelle. Elles augmenteront une fois le projet de loi 92 adopté et en vigueur.

De même, le Collège des médecins, qui avait transmis, le 7 juillet 2015, un avis aux médecins à l'effet qu'il interpréterait avec «flexibilité» la disposition de son Code de déontologie qui interdit aux médecins de facturer des frais disproportionnés, vu l'adoption éventuelle d'un règlement autorisant ou encadrant certains frais accessoires, n'a plus aucune raison de maintenir cette politique, puisqu'aucun règlement ne sera adopté.

De même, l'article 76 du projet de loi 20 tel qu'adopté et qui se lit comme suit :

« Les services, fournitures et frais accessoires qui, en vertu d'une entente conclue en vertu de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance-maladie*, pourrait être facturés par un professionnel de la santé soumis à cette entente ou par un professionnel désengagé en vertu du neuvième alinéa de l'article 22 de cette loi, tel qu'il se lisait le 9 novembre 2015, peuvent continuer d'être facturés jusqu'à l'entrée en vigueur du premier règlement pris en application du douzième alinéa de l'article 22 de cette loi, édicté par l'article 32.

Le tarif de ces services, fournitures ou frais accessoires est soumis aux exigences prévues à l'article 22.0.0.1 de cette loi ».

devient caduc, puisque le règlement prévu à l'article 76 ne sera pas adopté.

Il serait donc pertinent d'ajouter l'amendement suivant au projet de loi 92, dans la section concernant la modification à la *Loi sur l'assurance-maladie* et indiquer que : « Le douzième alinéa de l'article 22 de la loi est abrogé ».

Ceci enlèverait toute ambiguïté quant aux frais accessoires.

Une telle mesure assurerait enfin aux patients une protection immédiate contre les abus dont ils sont victimes depuis tant d'années et éviterait qu'une épée de Damoclès demeure au-dessus de la tête des patients qui pourraient alors être forcés de payer des frais pourtant interdits clairement par la *Loi canadienne sur la santé*.

En concordance, la *Loi édictant la loi favorisant l'accès aux services de médecins de famille et de médecins spécialisés et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée* devrait être modifiée comme suit : « L'article 76 est abrogé »

Ces amendements devraient être faits rapidement. La surfacturation des frais accessoires doit être cessée le plus rapidement possible. Pour ce faire, avant même l'adoption des amendements ci-dessus proposés, le Ministre pourrait confirmer à la RAMQ et au Collège des médecins qu'aucun règlement ne sera adopté. Ces deux organisations pourront donc faire appliquer immédiatement la loi sans restriction.

2. Droit d'accès au dossier de l'assuré

L'article 64 de la loi actuelle prévoit que :

« La personne qui a fourni ou reçu un service assuré par la Régie, de même que son avocat ou ses représentants dûment autorisés par elle ou agissant pour elle en vertu de la loi, a droit d'accès aux seuls renseignements suivants, malgré l'article 83 de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (chapitre A-2.1.) :

- a) La date à laquelle le service a été rendu;
- b) Le nom et l'adresse de la personne qui a fourni ce service;
- c) Les sommes payées par la Régie pour ces services et le nom de la personne à qui elles ont été payées. »

Aussi, au troisième alinéa, l'article 64 permet à la Régie de divulguer d'autres renseignements à la personne assurée :

«La Régie doit, dans les cas, conditions ou circonstances et pour les services déterminés par règlement, transmettre à toute personne assurée pour qui elle a payé des services assurés un relevé qui indique:

- a) le nom du professionnel de la santé, de l'établissement, du laboratoire ou de toute personne qui a fourni les services;
- b) les dates auxquelles ils ont été fournis;
- c) le coût de chaque prestation de service reçu par une personne assurée;
- d) la somme totale ainsi payée pour ces services.»

Les renseignements pouvant être divulgués selon l'article 64 donnent très peu d'information à la personne assurée. En fait, il manque un renseignement essentiel qui devrait absolument être divulgué à l'assuré : la nature de l'acte facturé.

Cette information est cruciale pour l'utilisateur et la RAMQ. La connaissance d'une telle information par l'assuré serait extrêmement utile pour la RAMQ, car l'assuré comprendrait beaucoup mieux le coût des traitements et la nature des traitements reçus et facturés à la RAMQ. Il serait ainsi beaucoup plus à même d'informer la RAMQ de toute anomalie constatée dans le relevé de son dossier et faciliterait aussi le travail de vérification de la RAMQ.

Comme le révélait le 10 mai 2016 un article de la revue *Actualités*, plus de sept (7) millions de dollars ont été mal facturés par des médecins en 2015-2016, soit plus du double d'il y a quatre (4) ans. Pourtant, seulement 2% des médecins ont été vérifiés sur un seul code d'acte. L'accès par le patient à la nature de l'acte facturé pourrait aider à la détection d'erreur de facturation et favoriser la récupération des montants qui n'auraient pas dû être versés. Cela pourrait également être utile à la Régie pour repérer des stratagèmes de facturation que pourraient utiliser une compagnie de facturation ou toute autre personne. Vu la faiblesse et les limites du système de contrôle de la RAMQ, ce moyen peu coûteux (la Régie a déjà toutes ces données) seront d'un apport très utile.

Sans que l'utilisateur ne connaisse la nature de l'acte qui a été facturé, la Régie ne peut assurer correctement son obligation décrite à l'article 64, soit de vérifier périodiquement, par voie d'échantillonnage, si les services assurés dont elle a assumé le coût ont été effectivement rendus. La Vérificatrice générale a constaté elle-même le peu d'effet de cette mesure. Cela se comprend aisément : le patient ne peut vraiment aider la Régie s'il ne sait même pas ce que le médecin a facturé.

Les médecins qui rendent des services conformément à la Loi et qui les facturent ainsi à la RAMQ n'ont rien à craindre de la divulgation d'une telle information, qui devrait naturellement appartenir à l'assuré. La loi impose à ce dernier des obligations strictes d'utiliser sa carte pour les seules fins prévues par la Loi. Il serait normal qu'il puisse savoir l'usage qui est fait de sa carte par le professionnel. À titre de comparaison, personne n'envisage d'utiliser une carte de crédit pour payer un achat ou un service dont il ignore la nature. Le régime d'assurance maladie serait ainsi plus transparent.

La *Loi sur l'assurance-maladie* prévoit que l'article 83 de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* ne s'applique pas aux informations auxquelles l'assuré peut avoir accès en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*. Ceci apparaît difficilement justifiable lorsqu'on examine les

tendances en matière d'accès à l'information par la personne à l'égard de qui les renseignements ont été recueillis. Nous croyons que cette exception devrait être abrogée. La nature des informations accessibles à l'assuré, y compris la nature de l'acte facturé par le médecin, n'a rien de particulièrement sensible ou délicat justifiant de ne pas le divulguer au patient. Lorsqu'une exception est prévue pour limiter le droit d'accès à une personne à de l'information qui la concerne, la justification de l'exemption est bien décrite et balisée. À titre d'exemple, l'article 17 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* prévoit que :

«**17.** Tout usager de 14 ans et plus a droit d'accès à son dossier. Toutefois, l'établissement peut lui en refuser l'accès momentanément si, de l'avis de son médecin traitant ou du médecin désigné par le directeur général de l'établissement, la communication du dossier ou d'une partie de celui-ci causerait vraisemblablement un préjudice grave à la santé de l'utilisateur. Dans ce cas, l'établissement, sur la recommandation du médecin, détermine le moment où le dossier ou la partie dont l'accès a été refusé pourra être communiqué à l'utilisateur et en avise celui-ci.»

Cette exception ne peut trouver application quand il s'agit d'informer un patient de la nature de l'acte médical qui a été facturé à son égard.

Un deuxième changement important au droit d'accès au dossier de la RAMQ serait de clarifier la Loi pour la mettre en concordance avec la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* relativement à l'accès aux dossiers d'une personne décédée ainsi qu'au régime général prévu par la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et des renseignements personnels*. Actuellement, l'interprétation que fait la Régie de l'article 64 de la loi empêche les héritiers et ayants droit d'une personne décédée d'avoir accès au dossier de la RAMQ, même si cela est nécessaire pour l'exercice d'un droit. Il n'existe aucune raison d'établir ou faire de la RAMQ un régime d'accès dérogatoire du droit commun.

Le dossier de la RAMQ est utile pour vérifier que le dossier médical d'une personne décédée est complet, puisqu'il permet de vérifier que chaque facturation correspond à une note dans le dossier. De plus, il permet d'identifier, lorsqu'une signature est illisible, l'auteur de la note, car celui-ci n'oublie généralement jamais de facturer.

Enfin, si la nature de l'acte facturé apparaissait sur le relevé, il serait plus facile d'apprécier les actes décrits dans le dossier médical en ayant une vision plus complète de l'ensemble des données médicales relatives à la personne.

Il ne faut pas oublier que les héritiers continuent la personnalité juridique du défunt et exercent à ce titre des droits qui appartiennent à ce dernier, même s'il est décédé.

Il serait important de modifier l'article 64 de la loi pour prévoir également que les héritiers et ayants droit d'une personne décédée ont droit d'accès aux renseignements nominatifs contenus au dossier de l'assuré quant à la date à laquelle le service a été

rendu, le nom et l'adresse de la personne qui a fourni ce service, les sommes payées par la Régie pour ces services et le nom de la personne à qui elles ont été payées, ainsi que la nature de l'acte facturé. La Régie conteste actuellement le droit de ces ayants droit d'obtenir accès au dossier d'une personne assurée décédée en invoquant le caractère particulier du régime énoncé à l'article 64. Il serait important que la Loi soit concordante avec l'article 88.1 de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et des renseignements personnels* (L.R.Q., chapitre A 2.1) qui prévoit que :

«**88.1.** Un organisme public doit refuser de donner communication d'un renseignement personnel au liquidateur de la succession, au bénéficiaire d'une assurance-vie ou d'une indemnité de décès ou à l'héritier ou au successible de la personne concernée par ce renseignement, à moins que cette communication ne mette en cause ses intérêts ou ses droits à titre de liquidateur, de bénéficiaire, d'héritier ou de successible.»

3. Subrogation de la Régie de l'assurance maladie du Québec

L'article 18 de la loi établit les règles de subrogation applicables à la Régie :

«La Régie est de plein droit subrogée au recours de toute personne qui bénéficie des services assurés contre un tiers jusqu'à concurrence du coût des services assurés fournis ou qui seront fournis à la suite d'un préjudice causé par la faute du tiers».

Cet article permet à la Régie de récupérer les coûts des soins de santé qu'elle a déboursés lorsque ces coûts résultent de la faute d'un tiers.

Pour exercer ces recours, l'alinéa 1 de l'article 18 de la loi prévoit que l'assuré doit transmettre à la Régie toutes les informations pertinentes permettant à cette dernière d'exercer son recours. L'alinéa 2.1 du même article oblige, quant à lui, tout assureur qui entreprend des discussions pour régler un litige à informer la Régie de ce fait.

L'application pratique de ces dispositions soulève des problèmes importants, qui n'apparaissent pas dans le rapport annuel 2014-2015 de la RAMQ et qui n'ont jamais été examinés par la Vérificatrice générale du Québec. L'information que nous vous transmettons ci-dessous découle directement d'un certain nombre d'interventions de notre part auprès de la Régie en relation avec l'exercice de ses pouvoirs de subrogation. Une partie de l'information provient directement des responsables de la Régie elle-même.

Depuis sa fondation, en 1970, la RAMQ n'a jamais poursuivi de tiers responsables relativement à des coûts de soins médicaux qu'elle a dû assumer en raison de la faute d'un tiers. La Régie explique cette situation par une volonté d'éviter la judiciarisation. Le problème, c'est qu'en avisant l'ensemble des assureurs qu'elle n'utilisera jamais les

recours au système judiciaire, la Régie se prive d'un instrument précieux de négociation et s'enlève tout rapport de force favorable pour discuter avec les assureurs.

Les assureurs, bien au fait que la RAMQ n'exercera jamais aucun recours contre eux, règlent souvent, lorsque la RAMQ leur présente une réclamation, pour des sommes dérisoires.

Mais il y a plus. Nous avons également constaté que la RAMQ n'a pas comme règle de demander des informations à la personne assurée sur la nature précise de son action et ne dispose pas en conséquence de l'information suffisante pour établir le bien-fondé de sa propre réclamation. La RAMQ ne demande jamais accès à nos expertises, à nos interrogatoires et aux autres éléments de preuve dont nous disposons, bien que nous lui ayons formellement offert cette possibilité à plusieurs reprises. Tout au plus, certaines personnes chargées du recouvrement communiquent, à l'occasion, avec nous pour avoir un peu plus de renseignements. Nous pouvons affirmer sans aucune difficulté que bon nombre de règlements conclus par la Régie dans ce contexte se font au détriment de l'intérêt public.

Dans le même ordre d'idées, nous avons été informé que très peu d'assureurs respectent l'obligation prévue à l'article 18 al. 2 de la loi, qui prévoit que :

« L'assureur de la responsabilité d'un tiers doit aviser par écrit la Régie dès qu'il entame des négociations en vue du règlement d'une réclamation pour dommages intérêts en réparation du préjudice subi susceptible d'entraîner le paiement de services assurés. »

D'ailleurs, la seule pénalité prévue par la Loi en cas de contravention à cette disposition est prévue à l'article 76 de la *Loi sur l'assurance-maladie* et consiste en une amende d'au plus 1 000\$.

À notre connaissance, la Régie, bien au fait de l'absence de collaboration de plusieurs assureurs, n'a jamais déposé de plainte pénale contre qui que ce soit. La Régie n'a entrepris aucune mesure pour changer la situation. Elle ne signale pas non plus ces difficultés importantes dans son rapport annuel 2014-2015.

En raison des situations décrites ci-dessus, la Régie ne récupère qu'une infime partie des coûts de soins de santé qu'elle a dû assumer en raison de la faute d'un tiers.

Le rapport annuel 2014-2015 de la Régie n'indique pas explicitement le détail des sommes remboursées par les assureurs en raison de la faute d'un tiers. Ces dernières sont incluses dans les revenus provenant «d'autres sources» qui se sont chiffrés, pour l'année dernière, à un peu plus de 20 millions, toutes sources confondues.

Ainsi, dans le domaine où nous exerçons notre profession, soit la responsabilité médicale, nous constatons que les erreurs médicales imputables à un médecin, entraînent des coûts de plusieurs dizaines de millions de dollars, sinon de centaines de millions de dollars par

année. La Régie récupère tout au plus, selon nos sources, de 1 à 3 millions de dollars seulement (il est possible que les chiffres officiels diffèrent). Nous osons espérer qu'ils sont plus importants. La Régie serait en mesure de faire connaître, assureur par assureur, les montants qu'elle a récupérés.

La Régie manque complètement d'expertise pour améliorer son taux de recouvrement. Cela est vrai non seulement pour le domaine de la responsabilité médicale, mais également pour la responsabilité sportive, la responsabilité municipale, la responsabilité scolaire, etc. Il n'y a aucune volonté sérieuse de chercher à recouvrer le maximum d'argent disponible pour le verser dans les fonds publics. Cela prive l'ensemble des citoyens de revenus importants.

C'est à la lumière de ce constat que nous examinerons les mesures proposées pour améliorer le régime de subrogation. Nous ferons un certain nombre de suggestions par la suite.

L'article 7 du projet de Loi introduit de nouvelles règles pour favoriser l'exercice des pouvoirs de subrogation de la RAMQ à l'égard du coût des soins médicaux assurés par la Régie, lorsque ces traitements découlent de la faute d'un tiers. Le projet de loi propose d'ajouter certains paragraphes à l'article 18 :

« 7. L'article 18 de cette loi est modifié par l'insertion, après le paragraphe 1, des suivants :

« 1.1. Un professionnel de la santé ou un dispensateur doit, sur demande de la Régie, lui communiquer tout renseignement ou document contenu au dossier de la personne assurée qui est nécessaire à l'exercice d'un recours pris en application du paragraphe 1, après avoir informé cette personne de la nature des renseignements ou documents qui seront communiqués à la Régie.

1.2. La personne assurée est tenue de notifier à la Régie toute demande en justice visant à obtenir compensation pour le préjudice causé par la faute du tiers, dans un délai de cinq jours de l'introduction de la demande.

1.3. La Régie peut intervenir dans toute demande en justice instituée contre le tiers et visant à obtenir compensation pour le préjudice causé à la personne assurée. Lorsqu'elle désire intervenir, elle transmet un avis à cet effet à chacune des parties et au tribunal; elle est alors considérée partie à l'instance. ».

Le paragraphe 1.1 crée l'obligation pour un professionnel de la santé ou un dispensateur de transmettre tout renseignement ou document contenu au dossier de la personne assurée qui est nécessaire à l'examen d'un recours en subrogation par la RAMQ. Le professionnel doit informer au préalable cette personne de la nature des renseignements qui seront communiqués à la Régie. Cet article doit être lu avec l'alinéa 1 de l'article 18

de la loi, qui oblige la personne assurée à fournir à la Régie tout renseignement nécessaire à l'établissement de la responsabilité de ce tiers ou de la réclamation de la Régie.

La personne qui reçoit des services assurés voit donc son droit au secret professionnel et à la confidentialité de son dossier limité par une disposition légale qui permet à un tiers, soit la RAMQ, d'obtenir ainsi certains documents contenus à son dossier. Il n'y a pas là de dérogation au secret professionnel et à la confidentialité, puisqu'une loi le permet explicitement. Il serait pertinent d'ajouter cette exception à l'article 19 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, qui permet déjà, si nécessaire, d'accéder au dossier du patient.

L'article 7 du projet de Loi prévoit également d'ajouter, à l'article 18 de la loi, un nouveau paragraphe, soit le paragraphe 1.2, qui prévoit que :

« La personne assurée est tenue de notifier à la Régie toute demande en justice visant à obtenir compensation pour le préjudice causé par la faute du tiers, dans un délai de cinq jours de l'introduction de la demande ».

Cet article devrait être précisé pour inclure non seulement la personne assurée, mais également ses représentants légaux et mandataires, dont ses procureurs, ainsi que ses héritiers si elle est décédée.

Il faudrait prévoir également que le préjudice qui crée l'obligation de notifier se rapporte au préjudice corporel qui seul, peut générer des frais couverts par le Régie de l'assurance-maladie.

Les modifications apportés par l'article 7 du Projet de Loi devraient également être incluses au Code de procédure civile du Québec, dans la section portant sur la notification (CPC, art. 109 et ss). Cette règle serait plus facilement connue des avocats et deviendrait une procédure habituelle. Autrement, la Régie ne sera au fait, comme c'est le cas actuellement, que d'un petit nombre de réclamations.

Une autre modification apportée par l'article 7 du Projet de Loi concerne l'intervention de la Régie dans une demande en justice. Cette disposition est prévue au paragraphe 1.3 de cet article :

« La Régie peut intervenir dans toute demande en justice instituée contre le tiers et visant à obtenir compensation pour le préjudice causé à la personne assurée. Lorsqu'elle désire intervenir, elle transmet un avis à cet effet à chacune des parties et au tribunal, elle est alors considérée partie à l'instance ».

Encore ici, il faudrait préciser que le préjudice qui amène la possibilité d'intervenir est un préjudice corporel.

Quant à l'obligation de l'assureur d'aviser la Régie, il faudrait prévoir une sanction spécifique et particulièrement sévère contre un assureur qui ferait défaut de divulguer

qu'il entreprend des négociations en vue du règlement d'une réclamation. Ces amendes doivent s'élever, au minimum, dans les six chiffres (100 000\$) pour être réellement dissuasives et permettre à la RAMQ de récupérer les fonds publics auxquels la population du Québec a droit.

De plus, il faudrait préciser que cette obligation de l'assureur d'aviser la RAMQ vise le règlement de toute réclamation, que celle-ci soit exercée par une procédure judiciaire, un processus privé de gestion des litiges, un protocole préjudiciaire, une mise en demeure ou par tout autre moyen. Il faut éviter que les processus privés de gestion des litiges n'empêchent l'application de la loi. Cette modification est importante dans le contexte de la réforme du Code de procédure civile qui veut favoriser les modes privés de gestion des litiges.

Il faudrait aussi ajouter, après le mot « assureur » l'expression « ou toute personne, organisme ou entreprise qui couvre la responsabilité d'autrui, y inclus celle qui s'auto-assure ». Il faut éviter que qui que ce soit qui défend ou assure la responsabilité civile ne puisse échapper à l'application de la loi.

Il faudrait également élargir les sources d'information de la Régie, pour permettre davantage de signalements de situations où la faute d'un tiers pourrait générer des coûts que la Régie devrait assumer. Actuellement, la Régie se fie surtout aux cas qui font l'objet de procédures judiciaires.

À titre d'exemple, dans le domaine de la santé, la loi pourrait obliger les comités de gestion de risques à signaler à la Régie les cas d'accidents de soins qui résultent de l'action d'un professionnel régi par une entente, non salarié d'un établissement, lorsque lesdits accidents sont d'une gravité telle qu'elle a pour effet de générer des coûts de soins de santé. Selon la clarification de l'échelle de gravité des accidents de soins, tout accident qui est déclaré à partir de la cote E-1 (nécessite des soins et traitements non spécialisés) sur l'échelle de gravité doit être signalé.

La même obligation pourrait s'appliquer au commissaire aux plaintes ou au médecin examinateur qui fait semblables constatations, de même qu'au comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique. Dans ce dernier cas, il faudrait atténuer la clause de confidentialité prévue à l'article 218 de la LSSSS.

Tout accident de soins découlant d'un défaut d'équipement mettant en cause le fabricant ou le distributeur de soins ou tout accident de médicament impliquant un fabricant ou un distributeur devrait aussi être signalé à la Régie.

Conclusion

Les changements législatifs proposés par le projet de loi 92 sont bienvenus. Toutefois, il faut ajouter d'autres modifications pour augmenter la capacité de la RAMQ à mieux contrôler la pratique médicale. Il ne sert strictement à rien de lui donner de nouveaux pouvoirs si ceux-ci ne sont jamais exercés.

Jusqu'à ce jour, sans prêter aucune mauvaise foi à qui que ce soit, force est de constater que la Régie n'a pas été à la hauteur de sa mission en matière de contrôle de la facturation des médecins, des frais accessoires et de l'utilisation de ses recours en subrogation. Les pertes financières pour les citoyens ont été considérables, surtout qu'elles s'étendent sur plusieurs années.

Il est inquiétant de constater que la RAMQ a affirmé lors du dépôt du projet de loi 92, avoir toutes les ressources pour assumer ses pouvoirs. Il faudra suivre de très près cette organisation. Il est quelque peu étonnant par ailleurs que les graves carences soulignées par la Vérificatrice générale, la Protectrice du citoyen et d'autres intervenants n'ont pas entraîné une plus grande imputabilité de la direction de la RAMQ, comme si ce qui est présentement constaté était sans gravité pour les citoyens.

Les révélations des derniers jours appellent également à l'instauration de mesures de transparence pour suivre de plus près de quelle manière la RAMQ exécute ses mandats. Le ministre de la Santé et des Services sociaux peut, en vertu de l'article 32 de la *Loi sur l'assurance-maladie*, lui donner des directives sur la conduite de ses affaires. Il doit lui dire, dans ce contexte, de collaborer activement à toutes les recherches qui permettront de mieux évaluer la qualité des programmes qu'elle administre (tout en assurant les patients de la protection des données nominatives). La culture du secret et de l'opacité doit disparaître de la culture organisationnelle de la RAMQ.

Nous avons pris connaissance du mémoire de la Protectrice du citoyen devant la Commission, de même que de son témoignage. Nous faisons nôtres toutes les recommandations et commentaires de la Protectrice du citoyen.

Il faut intervenir immédiatement pour faire cesser le paiement des frais accessoires. Rien ne justifie de s'en remettre à des étapes ultérieures. Il faut redonner plus de pouvoirs et de contrôle aux patients et aux citoyens sur leur régime d'assurance-maladie.

ANNEXE 1 – LES RECOMMANDATIONS

1. Modifier l'article 19 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* afin d'inclure la possibilité pour la RAMQ, dans un cas de subrogation, d'obtenir le dossier d'une personne assurée sans atteinte au droit au secret professionnel et à la confidentialité;
2. Modifier l'article 7, paragraphe 1.2, du projet de Loi afin qu'il soit inscrit, suite à «la personne assurée» la mention suivante : «ses représentants légaux et mandataires, dont ses procureurs, ainsi que ses héritiers si elle est décédée»;
3. Modifier l'article 7, paragraphe 1.2, du projet de Loi afin de préciser que le préjudice qui crée l'obligation de notifier se rapporte uniquement au préjudice corporel;
4. Modifier la section portant sur la notification du Code de procédure civile en y incluant les dispositions de l'article 7 alinéa 1.2 du Projet de Loi;
5. Modifier l'article 7, paragraphe 1.3, du projet de Loi afin de préciser que le préjudice qui permet l'intervention de la Régie se rapporte uniquement au préjudice corporel;
6. Augmenter les amendes prévues à l'article 76 de la Loi à un montant minimal de 100 000\$;
7. Préciser l'article 18, alinéa 2, de la Loi afin qu'il soit précisé que l'obligation de l'assureur d'aviser la RAMQ de négociations en vue d'un règlement vise le règlement de toute réclamation, que celle-ci soit exercée par une procédure judiciaire, un processus privé de gestion des litiges, un protocole préjudiciaire, une mise en demeure ou par tout autre moyen;
8. Modifier l'article 18, alinéa 2, de la Loi afin de préciser que , outre l'assureur, «toute personne, organisme ou entreprise qui couvre la responsabilité d'autrui » est tenu aux obligations prévues à cette disposition, y inclut en cas d'auto-assurance;
9. Modifier l'article 64 de la Loi afin d'ajouter que la RAMQ peut divulguer à la personne assurée la nature de l'acte facturé;
10. Modifier la Loi afin de la mettre en concordance avec la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* relativement à l'accès aux dossiers d'une personne décédée;
11. Modifier le projet de Loi afin d'indiquer que: « Le douzième alinéa de l'article 22 de la Loi est abrogé ».

12. Modifier la *Loi édictant la loi favorisant l'accès aux services de médecins de famille et de médecins spécialisés et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée*, comme suit : « L'article 76 est abrogé »;
13. Demander une confirmation du ministre relativement au fait qu'il n'adoptera pas de règlement visant à légaliser et ou encadrer la surfacturation des frais accessoires sur les services assurés.