

GUIDE du médecin pour la facturation directe

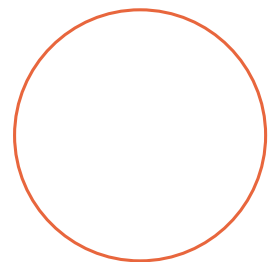
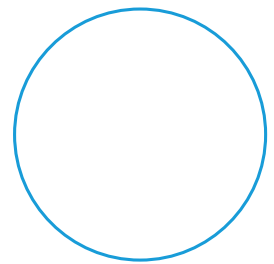
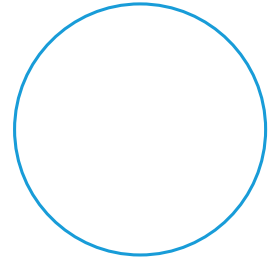
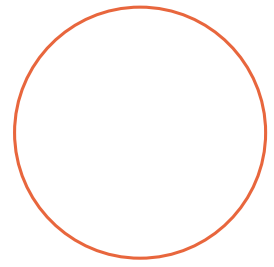


Table des matières

Introduction	1
Quels sont les services qu'on peut facturer directement au patient?	2
Considérations déontologiques	3
Services non assurés et tarifs suggérés	4
• valeurs unitaires	4
• tarifs de consultation	4
• tarifs détaillés	5
1. Examens pour une tierce partie	5
2. Formules demandées/rapports	5
3. Service médico-légistes	6
4. Services administratifs et techniques	6
5. Services cliniques (choisis)	7
6. Évaluations psychiatriques ordonnées par un tribunal	7
Demande d'accès et la LAPRPS	8
Taxe de vente harmonisée et services non assurés	9
La procédure de facturation directe	10
Tenir les patients bien informés	11
Réception des paiements	12
Comptes clients	13
Recouvrement des comptes	14
• Exemple de calendrier de recouvrement – sur 120 jours	14
Exemple de lettres de recouvrement	15
Comptes irrécouvrables	16
Annexes	17
• Annexe A – Ententes entre la Société médicale du Nouveau-Brunswick et Travail sécuritaire NB concernant les modalités de paiement des services médicaux	17
• Annexe B – Facturation des services aux patients des Forces armées canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada (GRC)	20
• Annexe C – Le bureau du coroner	21
• Annexe D – Frais administratifs annuels	22
• Annexe E – Lettres types (ex. : Transfert de dossier médical, formulaires médico-légaux)	23
• Annexe F – Préparation de rapports médico-légaux : Lignes directrices à l'intention des médecins	26

Introduction

Le Guide pour la facturation directe vise à offrir aux médecins du Nouveau-Brunswick des directives et de l'information pour les aider à utiliser la procédure de facturation directe d'une façon efficace et rationnelle.

Le guide a été réalisé par le Comité sur les questions économiques de la Société médicale du Nouveau-Brunswick (SMNB), en consultation avec les agents de liaison, et il a été approuvé par le Conseil d'administration.

Si vous avez besoin d'éclaircissements, si vous avez des suggestions ou des commentaires concernant ce guide ou si vous avez besoin de renseignements supplémentaires, veuillez communiquer avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick.

Le guide est également disponible dans la section réservée aux « Pour les médecins » du site web de la Société médicale du Nouveau-Brunswick, à l'adresse suivante : www.nbms.nb.ca

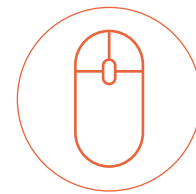
Communiquez avec le SMNB :



**21 boul Alison
Fredericton (N.-B.) E3C 2N5**



**506-458-8860 ou
1-800-661-2001**



info@nbms.nb.ca

Quels sont les services qu'on peut facturer directement au patient?

On peut facturer un service directement au patient s'il n'est pas couvert par l'Assurance-maladie ou un autre organisme d'assurance.

En utilisant l'Assurance-maladie comme cadre de référence, il y a trois scénarios qui permettent au médecin de facturer le patient directement : **un service non assuré**, **un patient non assuré**, ou **un médecin qui choisit de ne pas participer à l'Assurance-maladie**. Ces scénarios sont décrits ci-dessous :



**un service
non assuré**



**un patient
non assuré**



**un médecin qui choisit de ne pas
participer à l'Assurance-maladie**

- **Un service non assuré** est un service demandé par un patient non assuré qui ne fait pas partie de la gamme des services admissibles en vertu de l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick. Une liste complète des services non assurés se trouve dans le *Manuel des médecins de l'Assurance-maladie*. De plus, le *Manuel des médecins de l'Assurance-maladie* présente une liste des fournitures et du matériel qui ne sont pas assurés.

Il est important de souligner que toute demande de « tierce partie » n'est pas assurée par l'Assurance-maladie.

- **Un patient non assuré** est toute personne qui n'est pas incluse comme bénéficiaire du système d'assurance-maladie en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux*. Il s'agit des membres des Forces armées canadiennes, des personnes condamnées à une peine d'emprisonnement dans un pénitencier maintenu par le gouvernement du Canada ou des patients internationaux.

En plus de l'Assurance-maladie, la Société médicale du Nouveau-Brunswick a conclu des ententes sur les tarifs avec Travail sécuritaire NB. Par conséquent, le guide ne s'applique pas à Travail sécuritaire NB. Les tarifs à facturer à Travail sécuritaire NB sont présentés à l'annexe A.

- **Un médecin peut opter de ne pas participer à l'Assurance-maladie** pour certains services ou tous les services. Le médecin doit alors prévenir le patient avant de dispenser le service. De plus, l'Assurance-maladie précise que le médecin doit dire au patient qu'il « a le droit de solliciter les services d'un autre praticien dans le cadre de la participation ». En ce qui concerne le tarif imputé au patient, il y a deux possibilités :

- a) Le médecin facture au patient un montant égal à celui de l'Assurance-maladie. Dans cette situation, le médecin doit remplir un formulaire de demande de l'Assurance-maladie et indiquer le montant facturé au patient. Le patient doit attester ces données sur le formulaire de demande pour être remboursé par l'Assurance-maladie.
- b) Le médecin facture au patient un montant plus élevé que le tarif de l'Assurance-maladie. Dans cette situation, le médecin doit aviser le patient qu'il facture un tarif supérieur à celui de l'Assurance-maladie. Dans ce cas, le patient renonce à tous ses droits concernant un remboursement par l'Assurance-maladie. Et il doit donc remplir le formulaire *Renonciation du patient à l'Assurance-maladie* et le transmettre à l'Assurance-maladie. Lorsque le médecin facture au patient un montant supérieur au tarif de l'Assurance-maladie pour un service, le service en question devient un service non assuré; le patient n'a donc pas droit au remboursement de l'Assurance-maladie.

Considérations déontologiques

Lorsqu'il facture un patient directement, le médecin doit tenir compte de considérations éthiques.

Les membres devraient se rappeler les extraits suivants du Code d'éthique de l'AMC :

- ① Tenir compte d'abord du mieux-être du patient.
- ② Exercer la médecine de façon à traiter le patient avec dignité et comme une personne digne de respect.
- ⑬ S'abstenir d'exploiter les patients à des fins personnelles.
- ⑯ Dans l'établissement des honoraires professionnels exigés des patients pour des services non assurés, tenir compte à la fois de la nature du service fourni et de la capacité de payer du patient, et être disposé à discuter des honoraires avec le patient.
- ⑰ Dans la prestation des services médicaux, n'exercer de discrimination envers aucun patient en raison, notamment, de son âge, son sexe, son état civil, son état de santé, son origine nationale ou ethnique, son incapacité physique ou mentale, son affiliation politique, sa race, sa religion, son orientation sexuelle ou sa situation socio-économique. Cette disposition ne prive pas le médecin du droit de refuser un patient pour des raisons légitimes.

En outre, le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick souligne qu'il y a plusieurs questions qui pourraient mener à une réclamation pour cause de manquement professionnel, notamment :

- stipuler, demander, ou accepter des honoraires dissimulés, exorbitants, ou déraisonnables;
- demander une rétribution en retour d'une promesse d'être disponible pour fournir des services à un patient spécifique;
- demander des honoraires excessifs par rapport aux services donnés;
- le défaut de délivrance d'un relevé ou d'un reçu lorsqu'un patient ou son représentant dûment habilité le demande;
- vendre ou céder une créance obtenue en retour de services professionnels, mais un membre peut accepter le règlement par carte de crédit d'une facture pour services professionnels et peut faire une cession générale de ses créances en nantissement d'un prêt destiné à financer sa pratique médicale;
- le refus de dispenser un service médicalement nécessaire à moins que les honoraires ne soient versés en entier ou en partie avant que le service ne soit dispensé;
- le refus de dispenser des services professionnels pour une raison qui serait considérée comme discriminatoire si l'on tenait compte de toutes les circonstances;
- demander des honoraires pour des services non dispensés, sauf en cas d'annulation d'un rendez-vous moins de 24 heures avant l'heure du rendez-vous;
- soumettre sciemment un état de compte faux ou trompeur ou demander des frais faux ou trompeurs pour des services rendus à un patient.

Services non assurés et tarifs suggérés

Dans le passé (depuis que l'Assurance-maladie existe), la SMNB a régulièrement publié un Guide des valeurs unitaires. Ce guide a été incorporé au présent document. En outre, le Comité sur les questions économiques a préparé d'autres recommandations relatives à certaines valeurs spécifiques pouvant servir de guide pour la facturation des services non assurés.

Les valeurs unitaires, les tarifs à la séance et les honoraires pour les divers services que l'on suggère plus loin ne doivent pas être interprétés comme des valeurs maximales ou minimales. Il ne s'agit là que d'un guide général pour les services de complexité moyenne. Avec l'aide de ce guide, le médecin qui traite directement avec son client peut établir une valeur appropriée et raisonnable pour les services dispensés. Les honoraires facturés devraient refléter le temps consacré au client, l'expertise du médecin et la capacité du patient de payer. Aucun médecin n'est obligé, pour des raisons éthiques ou autres, de suivre ce guide; il ne lie aucunement le médecin, et ce dernier a le droit de s'en écarter.

Vous devriez réviser vos honoraires annuellement pour tenir compte de l'inflation, des conditions changeantes de la pratique médicale et de votre expertise croissante. Rappelez-vous qu'il importe de discuter de vos honoraires avec votre patient avant de dispenser vos services. En effet, si les honoraires ne sont pas convenus avec votre patient avant que le service ne soit dispensé, il ou elle n'est pas obligé de payer.

Valeurs unitaires :

Pour établir le montant qui doit être facturé au patient, il faut multiplier ces valeurs unitaires par le nombre d'unités assignées aux divers tarifs prévus dans le Manuel du médecin de l'Assurance-maladie. Les valeurs unitaires sont régulièrement mises à jour en fonction de l'inflation et des augmentations de l'assurance-maladie.

**Valeur unitaire
générale**
3,09 \$

**Valeur unitaire pour
la radiologie**
3,53 \$

**Valeur unitaire pour
l'anesthésie**
31,94 \$

(Effectif 2025)

Tarif à la séance :

C'est à vous de décider si vous voulez facturer vos patients en fonction de tarifs à l'acte ou en fonction du temps requis pour dispenser un service particulier.

Tarif à la séance recommandé :

Spécialiste et non-spécialiste **330 à 630 \$ l'heure ou partie d'heure**

Tarifs détaillés :

1. Examens pour une tierce partie

1.1 Examen physique complet (Y compris un examen médical pour le camp ou l'école)	100 à 160 \$
1.2 Examen complet - invalidité (des honoraires variables peuvent être facturés en sus selon la complexité du rapport requis)	160 \$
1.3 Examen médical pour l'assurance (des frais additionnels pourraient être facturés selon la complexité du rapport requis)	160 \$
1.4 Examen pour un permis de conduire (les honoraires peuvent varier selon la complexité, c.-à-d. N.-B. par rapport américain, gouvernement par rapport société d'assurance)	100 à 160 \$
1.5 Examen d'hygiène industrielle périodique (c.-à-d. un examen préalable à l'embauche) (des honoraires additionnels peuvent être facturés selon la complexité du rapport requis)	200 \$

2. Formules demandées/rapports

2.1 Formule d'invalidité	70 à 100 \$
2.2 Certificat de maladie ou invalidité	20 à 30 \$
2.3 Lettres ou questionnaires requis par une tierce partie concernant le patient traité, y compris une évaluation pour une société d'assurance	205 \$ + 1.15 \$ par page de photocopie (des honoraires additionnels peuvent être facturés selon la complexité du rapport requis)
2.4 Point d'entrée unique (PEU)	65 à 130 \$

Formules demandées pour l'assurance-médicaments sur ordonnance

2.5 Formules d'autorisation spéciale pour la couverture des médicaments et exemption du plafond quantitatif	20 à 50 \$
2.6 Rapport complet d'invalidité, y compris la formule d'invalidité de Revenu Canada (Les demandes de suivi peuvent également être facturées)	160 \$
2.7 Formule d'invalidité du Régime de pensions du Canada (85 \$ payés par le gouvernement et 75 \$ payés par le requérant)	160 \$
2.8 Preuve d'immunisation d'un enfant	20 à 30 \$
2.9 Formule pour l'équipement de la Croix-Rouge ou d'une tierce partie	20 à 30 \$
2.10 Formule de la Croix Bleue ou d'une tierce partie (p. ex. autorisation pour les soins des pieds)	20 à 30 \$

3. Service médico-légistes

Les médecins devraient toujours discuter et confirmer les arrangements d'avance avec l'avocat. Il faut souligner que ces honoraires sont finalement directement imposés aux patients dans les ajouts aux honoraires de l'avocat. Les tarifs peuvent varier selon la complexité du rapport.

Toute demande de rapport médical de la part d'un avocat devrait contenir le consentement du patient au transfert de l'information. Pour plus de renseignements, les membres peuvent consulter les « Lignes directrices sur l'interaction de l'avocat et du médecin ». Vous pouvez obtenir des copies de ces lignes directrices au bureau de la Société.

3.1 Rapport médico-légiste, avec avis complet ou complexe	350 à 650 \$ C/I (Considération indépendante)
3.2 Séance d'information du Bureau médico-légal en vertu d'un arrangement entre le médecin et l'avocat (Sans présence au tribunal)	350 à 650 \$ l'heure ou partie d'heure
3.3 Présence en tribunal (y compris le temps d'attente)	350 à 650 \$ l'heure ou partie d'heure (minimum de 3 heures)
3.4 Annulation d'une comparution devant le tribunal (sans un préavis de 1 à 2 jours ouvrables)	350 à 650 \$ l'heure (minimum de 3 heures)
3.5 Copie d'un dossier à la demande d'un avocat	70 \$ + 1.15 \$ par page
3.6 Temps de déplacement et de préparation	350 à 650 \$ l'heure ou partie d'heure

À noter : Les honoraires susmentionnés s'appliquent également aux services rendus au nom de la Couronne.

4. Services administratifs et techniques

4.1 Consultation médicale par correspondance	350 à 650 \$ l'heure ou partie d'heure
4.2 Consultation médicale par téléphone	45 à 70 \$
4.3 Renouvellement d'une ordonnance	20 à 45 \$
(Des frais pour le renouvellement d'une ordonnance s'appliquent aux demandes par téléphone, aux demandes pour les membres de la famille non présents, ou autres. Ces frais ne doivent pas être facturés en même temps qu'une visite au cabinet facturable à l'Assurance-maladie).	
4.4 Rendez-vous manqué	30 à 100 % des honoraires
4.5 Rendez-vous renouvelé pour des tests à l'hôpital	20 à 30 \$
4.6 Déplacements	0,56 \$/km + un tarif horaire par quart d'heure
4.7 Travail de comité pour l'hôpital ou la régie régionale de la santé	350 à 650 \$ l'heure ou partie d'heure
4.8 Fournitures médicales non prévues dans le service assuré (y compris les frais de stockage)	selon le coût
4.9 Transmission ou réception de télécopie frais de téléphone	1.15 à 2.20 \$ la page
4.10 Retour de chèque sans provision	30 \$
4.10 Frais administratifs annuels	s'il vous plaît voir l'annexe C
4.12 Transfert de dossiers médicaux ou résumé de dossier	50 à 70 \$ + 1,15 \$ la copie

À NOTER : En juin 1992, la Cour suprême du Canada rendait une décision concernant le droit d'accès d'un patient à son dossier médical compilé au cabinet du médecin. Il faut souligner que cette décision précise clairement que, même si un médecin peut exiger des frais pour le transfert du dossier d'un patient, il ne peut empêcher le patient d'avoir accès à son dossier uniquement en raison de l'incapacité de payer de ce dernier.

De plus, les médecins devraient se rappeler qu'il est souvent possible de satisfaire les besoins de santé du patient sans nécessairement transférer ou copier le dossier médical au complet. Il faudrait discuter la question avec le patient, et ce dernier devrait être informé des frais qu'il aura à payer, avant que le médecin ne fasse la photocopie.

5. Services cliniques (choisis)

5.1 Circoncision d'un nouveau-né	135 à 200 \$
5.2 Solutions injectables (vaccin contre la grippe, cortisone ou autre) plus le coût des médicaments	20 à 30 \$
5.3 Renversement d'une vasectomie	975 \$
5.4 Injections subséquentes pour impuissance	70 \$
5.5 Services infirmiers dispensés dans un cabinet de médecin (sans la présence du médecin)	
<i>Tension artérielle</i>	20 \$
<i>Analyse d'urine</i>	20 \$
<i>Taux de glycémie</i>	20 \$
<i>Hémoglobine</i>	20 \$
<i>Injection</i>	20 \$
<i>ECG</i>	35 \$
<i>Spirométrie</i>	25 \$
<i>Débit de pointe</i>	20 \$
5.6 Consultation au sujet d'un voyage (une seule)	135 à 160 \$
Consultation de suivi / injection	50 à 90 \$ + 15 \$/injection

6. Évaluations psychiatriques ordonnées par un tribunal

Dans le cadre d'une nouvelle entente, en vigueur depuis le 1^{er} avril 2022 et négociée par la SMNB en remplacement de l'entente précédente avec le ministère de la Justice et de la Consommation pour les évaluations psychiatriques ordonnées par le tribunal, le budget du Ministère se trouve transféré à l'Assurance-maladie. Il ne s'agira donc plus de facturation à une tierce partie, et des codes de service de l'Assurance-maladie ont été créés aux fins de facturation par les psychiatres. Les codes de service suivants de l'Assurance-maladie doivent être utilisés et facturés à la valeur unitaire de la psychiatrie de l'Assurance-maladie :

1. Examen par les pairs (psychiatrie légale)

- Le code de service 9350
- 47 unités par tranche de 15 minutes ou partie de celle-ci.

2. Examen d'une évaluation médico-légale avec un travailleur social ou un clinicien en santé mentale

- Le code de service 9351
- 62 unités par tranche de 15 minutes ou partie de celle-ci

3. Évaluations de patients en consultation externe par ordonnance de la cour

- Le code de service 9352
- 1183 unités

4. Évaluations de patients hospitalisés par ordonnance de la cour

- Le code de service 9353
- 2232 unités

5. Présence au tribunal et déplacement

- Le code de service 9354
- 47 unités par tranches de 15 minutes ou partie de celle-ci

6. Temps de préparation pour présence au tribunal

- Le code de service 9355
- 47 unités par tranche de 15 minutes ou moins

Veuillez ne pas facturer ces codes sans vous renseigner davantage à leur sujet et au sujet des règles de facturation y afférentes, dans la note de service de **mai 2022** de l'Assurance-maladie intitulée **Codes de service pour psychiatrie judiciaire ordonnées par la Cour**.

Demande d'accès et la LAPRPS

La *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé* (LAPRPS), qui est entrée en vigueur en juin 2009, contient un ensemble de règles qui protègent les renseignements personnels du patient et la confidentialité de ses renseignements personnels sur la santé.

De plus, la Loi fait en sorte que l'information soit disponible, au besoin, afin de dispenser les soins de santé aux personnes qui en ont besoin et de surveiller, évaluer et améliorer le système de santé au N.-B.

Les médecins sont les dépositaires des renseignements personnels sur la santé du patient et, à ce titre, ils peuvent recevoir des demandes d'accès pour des patients. La Loi prévoit que toute personne a la droit, sur demande, d'examiner ou de réviser une copie des renseignements personnels sur la santé qui le concernent et que maintient un dépositaire. Le dépositaire doit répondre à la demande dans les trente jours suivant la réception de la demande de renseignements personnels.



**Le patient demande
accès aux
renseignements
personnels sur la
santé au dépositaire**



**Le dépositaire
répond à la demande
dans les trente jours
suivant la réception
de la demande**

En vertu de la Loi, le dépositaire est tenu de permettre à une personne physique de consulter gratuitement et peut exiger, en conformité avec les règlements, qu'elle lui verse les droits réglementaires justes et raisonnables au titre des services de recherche, de préparation, de copie et de livraison. Si un patient autorise officiellement par écrit une autre personne à agir en son nom et à faire une demande en vertu de la LDIPVP (par. ex., un avocat qui agit au nom du patient), le médecin doit se conformer à la demande. En répondant à une demande d'un patient en vertu de la LDIPVP ou d'une personne officiellement autorisée à jouer le rôle d'agent du patient, le médecin doit limiter ses honoraires à ceux précisés dans l'acte.

Les droits, qui sont établis par l'acte sont les suivants :

Droits de recherche et de préparation	15 \$ par demi-heure de plus que les 2 premières heures
Droits de copie	0,25 \$ par page copiée
Droits de programmation informatique et de traitement des données	10 \$ par tranche de 15 minutes de programmation interne ou de traitement des données ou le coût réel de la programmation et du traitement des données
Livraison par la poste ou messagerie	Aucuns droits exigés pour la transmission d'une demande par la poste. Si des coûts de livraison par messagerie sont nécessaires, le dépositaire peut facturer le coût réel de la livraison par messagerie.

Le dépositaire peut renoncer au paiement de tout ou partie des droits.

La Loi sur LAPRPS et ses règlements sont en ligne sur le site Web du gouvernement du N.-B. (gnb.ca) sous Ministères/Santé/Lois/Accès et la protection des renseignements personnels sur la santé.

Taxe de vente harmonisée et services non assurés

Selon l'Agence du revenu du Canada (ARC), lorsque le médecin participe directement à l'examen ou au traitement du patient (p. ex. : examen et rapports pour Travail sécuritaire NB, une compagnie d'assurance-vie, un avocat, présentation d'un certificat de maladie, etc.), ce service sera classifié comme un service médical et exonéré de la TVH, qu'elle soit payée par le patient ou la tierce partie.

*Cependant, s'il participe uniquement à des documents de recommandation, s'il présente son opinion d'expert par écrit ou en personne (p. ex., il fait office de témoin expert uniquement), le médecin devra facturer, percevoir et transmettre la TVH de 15 %. **Mais la plupart des médecins seront touchés par la disposition concernant les petits fournisseurs;** si les frais des services assujettis à la TVH sont inférieurs au montant désigné, il n'est pas nécessaire de percevoir la TVH ou de la transférer.*

Depuis l'époque à laquelle la TPS et, plus tard, la TVH a été introduite au Nouveau-Brunswick, il était convenu que les examens médicaux indépendants (EMI) étaient un service taxable. Les facturations des EMI aux compagnies d'assurance, aux avocats et à d'autres devaient inclure la perception de la TPS/TVH, sauf dans le cas de l'application des règles concernant les petits fournisseurs.

Cependant, à la fin de 2006, l'ARC a publié un énoncé de politique sur la TPS/TVH qui contenait sa vision actuelle selon laquelle la plupart des EMI peuvent être exemptés de la TPS/TVH.

Le budget fédéral de 2013 a introduit des modifications à la Loi sur la taxe d'accise, apportant une nouvelle approche à l'application de la TPS/TVH aux services non assurés fournis par les médecins, et ce, rétroactivement au 22 mars 2013. L'ARC s'applique maintenant une vérification de légitimité pour déterminer l'exemption de la TPS/TVH dans le cas des services de santé.

La SMNB encourage les médecins à discuter des questions de TVH avec leur propre comptable

**Exemption de la TVH
si le médecin est
directement impliqué.**



**Prélèvement du 15 % de la
TVH si le médecin n'est pas
directement impliqué.**

La procédure de facturation directe

Clés pour l'efficacité

Les lignes directrices qui suivent devraient vous aider à appliquer la procédure de facturation directe d'une façon professionnelle, efficace et opportune :

- Établir et maintenir une politique et une procédure de bureau simple et claire pour la facturation directe. À cette fin, vous devez d'abord déterminer :
 - *Les services pour lesquels les patients seront facturés directement*
 - *Les tarifs touchant ces services*
 - *Les exemptions, comme pour les personnes âgées ou les patients à faible revenu*
 - *Les procédés de tenue de livres et de recouvrement*

La politique de votre cabinet sur la facturation directe doit être spécifique et détaillée de façon à ce que votre personnel et vos patients n'aient aucune difficulté à la comprendre. En même temps, elle devrait être suffisamment souple pour s'adapter à toute circonstance unique ou imprévue qui pourrait se présenter.

- Informer votre personnel de cette politique et de cette procédure, et le tenir au courant de tous les changements.
- Tenir vos comptes à jour.
- Obtenir les paiements des patients au point de service le plus souvent possible.
- Faire un suivi d'une façon méthodique et uniforme.
- Toujours discuter des honoraires avec vos patients avant de dispenser le service.

Directives écrites

Mettez la politique de votre cabinet par écrit et distribuez-la à votre personnel.

En outre, vous devez prévoir des réunions régulières avec votre personnel pour le tenir au courant et lui rappeler la procédure de facturation directe, répondre à ses questions ou demandes d'information et obtenir ses commentaires sur ses expériences avec les patients. Ceci vous permettra d'évaluer le succès de votre politique et de vos procédures, et vous aidera également à cerner les problèmes avant qu'ils ne s'aggravent et n'entraînent des conséquences néfastes chez votre personnel ou vos patients.

Tenir les patients informés

La plupart des difficultés survenant entre le médecin et son patient sont attribuables à l'absence d'une bonne communication. Bien des patients ne prennent tout simplement pas conscience des services que le gouvernement ne paye pas et se révoltent lorsqu'on leur présente une facture.

Pour éviter que cela ne se produise, vous devez vous assurer que vos patients sont bien informés au sujet des services non assurés et de votre politique de facturation directe bien avant le début du traitement.

Bien que des affiches disposées dans votre cabinet puissent présenter le concept de facturation directe à vos patients, elles ne peuvent remplacer les méthodes plus directes pour informer vos patients au sujet de vos honoraires. Il est recommandé de distribuer aux patients un feuillet d'information qui précise les honoraires applicables.

Élaboration du feuillet d'information pour les patients

Le feuillet d'information à l'attention de vos patients peut servir de guide concernant votre pratique médicale et d'instrument précieux autant pour vos patients que pour votre personnel et vous-même. En effet, vous pouvez y présenter une description générale de l'ensemble de vos services ainsi que les lignes directrices sur votre politique de facturation directe. En outre, ce feuillet vous économisera du temps, à vous et à votre personnel, et la nécessité de répéter les mêmes réponses aux questions les plus courantes. Votre feuillet d'information à l'attention de vos patients devrait comprendre:

Renseignements généraux

- Heures de bureau
- Heures du service téléphonique
- Procédure pour les tests et rayons X et disponibilité
- Instructions pour le renouvellement des ordonnances
- Façon de procéder après les heures
- Autres politiques du cabinet

Renseignements sur la facturation directe

- Une brève description du concept de facturation directe.
- Les services que vous facturez directement.
- La procédure pour la facturation à une tierce partie.

Il n'est pas recommandé de fournir la liste de vos tarifs dans le feuillet. En effet, ces tarifs seront mis à jour périodiquement alors que les autres renseignements fournis dans le feuillet resteront inchangés. Les tarifs devraient être énumérés sur une feuille à part, pouvant ainsi être révisés facilement et de façon plus économique. Votre feuillet d'information à l'attention de vos patients devrait être réalisé en vous servant d'un ordinateur et d'une photocopieuse de bonne qualité. Ce qui importe, c'est l'information contenue dans le feuillet, et non la présentation elle-même.

Réception des paiements

Il est de la plus haute importance que les paiements reçus pour les services que vous dispensez soient inscrits en vertu d'un système de facturation à jour. Ce système est d'autant plus important que vous pouvez avoir affaire à des tierces parties qui bien souvent font un paiement initial partiel.

Vous pouvez également prévoir un régime de paiement pour les patients que vous facturez directement. Rappelez-vous que plus il est facile pour vos patients de vous payer, plus le taux de succès du recouvrement sera élevé. Vous pouvez également considérer la possibilité d'accepter des cartes de crédit. Si tel est le cas, vous pouvez obtenir de l'information à votre banque sur la mise en place et le fonctionnement d'un tel système.

Plus longtemps un compte est en souffrance, plus il devient difficile d'obtenir un remboursement, et le compte perd effectivement de sa valeur. Selon Gestion MDLTée, la valeur véritable d'un dollar gagné ne représente plus que :



Comptes clients

Tenir vos comptes à jour

Pour commencer, vous aurez besoin de reçus appropriés précisant les éléments suivants : « Services professionnels rendus », le genre de service et les honoraires, de même que des factures pour ceux et celles qui ne peuvent payer immédiatement.

Exemple de facture

Numéro de compte XXX	Date XXX	Montant XXX	Paiement XXX	Solde courant XXX	Solde antérieur XXX
Facturé à : _____					
Montant : _____					
Pour service professionnel rendu (description du service) _____					

Vos noms, adresse, numéro de téléphone _____					

- La section (montant, paiement, solde antérieur, solde courant) apparaît ainsi sur la facture obtenue par décalque ou une facture semblable. Par conséquent, vous-même et votre patient pouvez y retrouver, d'un seul coup d'œil, le relevé complet de son compte.
- Sur le reçu, le numéro de la facture est remplacé par le numéro du reçu, et «facturé à» est remplacé par «reçu de».
- Vous aurez également besoin d'un grand livre pour obtenir une description quotidienne précise de l'état de vos comptes.

Il existe une variété de logiciels et d'applications permettant d'imprimer un reçu et de faire l'enregistrement des transactions (tenue de comptes). Le membre du personnel qui s'occupe de la facturation doit s'assurer que chaque document est complet et précis. En effet, non seulement les factures incomplètes ou imprécises entraînent-elles plus de travail pour vous et votre personnel, mais elles fournissent également aux patients qui n'ont pas payé d'autres excuses pour ne pas vous payer.

Recouvrement des comptes

Bien qu'un plan de paiement puisse encourager vos patients à payer leurs comptes, vous devez disposer d'un système organisé de recouvrement.

Les comptes devraient normalement être facturés selon un calendrier de 30/60/90 jours. Le paiement devrait être effectué au moment où le service est dispensé, et des frais d'intérêt de 1,5 % peuvent s'appliquer au montant en souffrance au bout de 30 jours. Si les paiements n'entrent pas, votre personnel devrait envoyer des lettres ou faire des appels téléphoniques pour rappeler leurs engagements à vos patients.

La personne qui fait les appels devrait d'abord demander si le paiement a été fait. Sinon, elle devrait obtenir un engagement verbal à effectuer ce paiement. Elle devrait ensuite reformuler cet engagement en ajoutant que vous vous attendez de recevoir le paiement à la date précise.

Comme il peut être facile d'oublier ce qui a été dit au cours d'une journée occupée, il est préférable de prendre des notes pendant l'appel.

Exemple de calendrier de recouvrement – sur 120 jours

Procédure	Quand	Date	Étape
Envoyer le relevé de compte au patient.	Mois où le service est rendu	Janvier	Facturation
Envoyer le relevé de compte au patient avec le premier rappel disant qu'il s'agit d'un deuxième relevé de compte.	Le mois suivant	Février	« Rappel » de facturation
Appel au patient pour la résolution du problème. Le but est d'obtenir un engagement à payer, d'arranger un plan de paiement, de déterminer si le patient a des difficultés ou s'il est insatisfait du service.	Avant de poster la facture de mars	Mi-mars	Appel d'« éducation »
Si vous n'avez pas rejoint le patient par téléphone ni reçu de promesse de paiement, envoyer le deuxième rappel.	Deuxième mois après le service	Mars	Facturation « lettre no 2 »
Appeler le patient et demander une somme déterminée à une date précise. Accorder une assistance pour la solution du problème au besoin OU s'occuper de la « promesse de paiement non tenue ».	Avant de poster la facture d'avril	Mi-avril	Appel « persuasion-information »
Envoyer au patient le relevé de compte et le dernier rappel. Vous pourriez téléphoner au patient plusieurs jours après de poster ce rappel... certains bureaux le font.	Troisième mois après le service	Avril	Facturation « lettre finale »
Si aucun paiement n'a été reçu et que vous êtes certain que le patient n'est pas insatisfait du service, envoyer le compte à une agence de recouvrement.	Quatrième mois après le service	Mai	Transférer le compte

Exemples de lettres de recouvrement

Voici quelques exemples de lettres de recouvrement qui sont suggérées dans le Guide de facturation directe de l'Alberta pour les services non assurés. Vous pouvez vous servir de ces exemples pour élaborer vos propres lettres :

Premier rappel

Cher (nom du patient),

Nous n'avons pas encore reçu votre paiement de XX \$. Si une erreur s'est glissée dans votre relevé de compte, veuillez me le signaler par téléphone pour que je puisse la corriger. Sinon, veuillez envoyer votre chèque aujourd'hui de façon à nous permettre de tenir votre compte à jour.

Je vous prie d'agréer mes meilleures salutations.

Signature et titre de la personne chargée de la facturation

Deuxième rappel

Cher (nom du patient),

Le paiement de votre facture de XX\$ est maintenant en retard depuis _____ semaines. S'il y a un problème, appelez-moi aujourd'hui de façon à ce que l'on puisse en discuter. Sinon, veuillez envoyer votre chèque de façon à nous permettre de tenir votre compte à jour et d'éviter d'avoir recours à une agence de recouvrement.

Veuillez agréer mes meilleures salutations.

Signature et titre de la personne chargée de la facturation

DERNIER rappel

Cher (nom du patient),

C'est la troisième fois que nous vous donnons l'occasion de régler votre compte en souffrance de XX \$. Vous êtes tenu de payer vos comptes une fois que vous en avez pris l'engagement. Veuillez appeler notre bureau dans les **dix jours** pour établir un plan visant à régler votre compte. Sinon, nous serons obligés de le transmettre à une agence de recouvrement.

Veuillez agréer nos meilleures salutations.

Signature du médecin

Chaque lettre devrait être accompagnée d'une copie du relevé de compte du patient. Bien qu'il soit facultatif d'indiquer les dates de la correspondance antérieure dans la lettre finale, vous devriez conserver copie de toutes les lettres et de tous les appels téléphoniques. Ceci vous permettra de tenir un dossier détaillé des efforts antérieurs et aidera à l'agence de recouvrement si vous devez y avoir recours.

Vous pourriez également envoyer votre appel final par voie de courrier enregistré pour vous assurer que le patient le reçoit.

Comptes irrécouvrables

Recouvrement des comptes en souffrance

Peu importe la générosité du plan de paiement que vous pouvez offrir, certains patients essayeront délibérément d'éviter de vous payer et vous devrez avoir recours à une agence de recouvrement. Ceci fait partie de la réalité du monde des affaires.

Avant d'avoir recours à une agence de recouvrement, demandez à un membre de votre personnel de téléphoner au patient afin de savoir pourquoi il ou elle n'a pas payé. Si le patient est sincèrement insatisfait du service ou s'il a des difficultés imprévues, il serait sans doute préférable pour vous d'annuler la facture dans un geste de bonne volonté.

S'il n'y a pas d'insatisfaction pour le service ou de difficultés financières, le recours à une agence de recouvrement est sans doute la meilleure solution. Il n'est pas acceptable pour un médecin de vendre une dette à une agence de recouvrement. L'agence doit travailler en fonction d'un pourcentage des honoraires qui sont perçus. Le contrôle ultime de la dette doit rester entre les mains du médecin.

Bien que vous ne puissiez vous attendre de façon réaliste qu'au recouvrement d'une partie de vos comptes en souffrance, le fait de faire appel à une agence de recouvrement indique aux patients que, comme toute autre entreprise, votre cabinet ne tolérera pas les comptes impayés.

Vous ne devriez pas attendre plus de **120 jours** avant de confier le compte à une agence de recouvrement. Le fait d'attendre trop longtemps rend le travail de l'agence trop difficile et a pour effet que les montants en souffrance perdent de la valeur (voir la section **Réception des paiements** en page 12).

Vérifiez toujours les références avant de choisir une agence. Celle que vous choisirez doit être ferme dans son traitement des comptes en souffrance, mais votre réputation professionnelle est trop précieuse pour retenir une agence qui utilise des tactiques de recouvrement «plus ou moins acceptables». Les médecins sont considérés comme déontologiquement responsables du comportement de l'agence pendant le recouvrement de la dette.

Une fois que vous avez confié un compte à une agence, il appartient à cette dernière de percevoir le compte, et vous ne devriez plus communiquer avec le patient.

Comme étape finale, vous pourriez poursuivre un patient devant la cour des petites créances. Pour entamer ce genre de poursuite, vous-même ou un membre de votre personnel doit d'abord déposer un mandat de comparution devant un tribunal provincial. À cette fin, vous devrez fournir le nom, l'adresse du défendeur ainsi que le montant réclamé et l'endroit où le service a été dispensé. Une fois la formule remplie, un greffier établit une date de comparution. Vous n'êtes pas obligé d'assister à l'audience de la cour. Un membre de votre personnel peut le faire à votre place.

Le défendeur doit être informé de votre action avant la date de comparution. Vous devez vous assurer qu'il a reçu personnellement l'avis de comparution. Vous pouvez procéder à une remise en main propre ou faire un envoi recommandé accompagné d'une carte. Vous pouvez également faire servir l'avis de comparution par un shérif, mais vous devez payer ses honoraires. Cependant, si le tribunal rend une décision en votre faveur, vous avez droit au montant dû plus les dépenses de la poursuite.

Annexe A

Entente entre la Société médicale du Nouveau-Brunswick et Travail sécuritaire NB concernant les modalités de paiement des services médicaux

Il faut appliquer les valeurs unitaires suivantes au Manuel du médecin de l'Assurance-maladie de la manière suivante :

Valeurs unitaires

	1 ^{er} octobre 2024
Anesthésie	29,20 \$
Médecine générale	2,87 \$
Spécialiste	2,96 \$

Nota : Ces tarifs n'incluent pas la prime pour déclaration précoce.

Ces tarifs seront rajustés automatiquement chaque année par le changement de pourcentage de l'indice des prix à la consommation (IPC) du Canada pour tous les articles.

Tous les autres articles non facturés à l'Assurance-maladie figurant dans le contrat de Travail sécuritaire NB (p. ex., déclarations précoces, versements pour les demandes refusées, acupuncture, etc.) demeurent dans la nouvelle entente et seront rajustés chaque année.

Prime pour déclaration précoce (PDP)

Il y aura une prime de 20 % pour déclaration précoce concernant tous les services pour lesquels un rapport est transmis à Travail sécuritaire NB en moins de cinq (5) jours ouvrables suivant les services.

La PDP s'applique également aux services d'anesthésie et d'assistance chirurgicale, lorsque le chirurgien soumet un rapport d'opération. Il n'est pas nécessaire que le médecin inclue la PDP sur le formulaire de facturation du médecin; la prime sera automatiquement intégrée au système de traitement de Travail sécuritaire NB. Lorsque les tarifs seront rajustés en raison de la PDP, le montant payable pourra être arrondi.

Pour faciliter la déclaration précoce, les médecins peuvent transmettre sans frais leurs rapports par télécopieur au **1-888-629-4722** (si on transmet le rapport par télécopieur, il n'est pas nécessaire de les poster). Le numéro sans frais pour les demandes de renseignements des médecins est le **1-877-647-0777**.

Païement des services lorsque la demande est refusée ou non créée

Travail sécuritaire NB versera 33 % du tarif de visite au cabinet de médecine générale pour la visite initiale ou le service initial au cabinet qui sont refusés par la suite par Travail sécuritaire NB, lorsque l'employeur n'est pas tenu d'être inscrit auprès de Travail sécuritaire NB, ou lorsque la visite ou le service n'entraîne pas l'établissement d'une demande, à la condition que le médecin soumette le formulaire 8 – Rapport initial sur l'accident – et un Rapport sur l'accident ou la maladie professionnelle rempli et signé par le travailleur.

Travail sécuritaire NB doit prévenir le médecin de l'acceptation ou du refus de la demande.

Tarif d'établissement de rapports sur les opiacés

- i) le tarif sera deux (2) fois le tarif de visite au cabinet approprié
- ii) admissible à la prime de déclaration précoce
- iii) aucuns frais de visite additionnels payables, sauf s'il y a un nouveau rapport avec des conclusions nouvelles/additionnelles

Consultations accélérées

	1 ^{er} octobre 2024
général accéléré	403,22 \$
spécial accéléré	704,05 \$

Tarifs pour les autres services

Lorsqu'un article, un traitement ou une intervention ne figure pas sur la liste des valeurs unitaires ou dans **les sections sur les articles individuels facturés** ci-dessus, Travail sécuritaire NB paiera le coût des services généralement couverts par Travail sécuritaire NBE, en fonction des unités déterminées dans le Manuel du médecin de l'Assurance-maladie, qui est mis à jour de temps à autre sur réception d'un avis de l'Assurance-maladie et en fonction de la valeur unitaire contenue dans l'entente.

Lorsque Travail sécuritaire NB demande une consultation et une évaluation indépendantes d'un médecin et lorsque Travail sécuritaire NB et le médecin conviennent que le cas est compliqué et qu'un rapport opportun est nécessaire, Travail sécuritaire NB peut payer un tarif deux fois plus élevé que le tarif négocié lors de la demande.

Prime de service après-heures

La prime d'urgence après-heures de Travail sécuritaire NB pour les consultations, l'anesthésie et les interventions s'applique ainsi :

La prime de 100 % s'applique :

- Entre minuit et 6 h chaque jour.
- Toute la journée les fins de semaine (samedi et dimanche) et les jours fériés.

La prime de 50 % s'applique :

- Entre 18 h et minuit les jours de semaine
- Entre 6 h et 8 h les jours de semaine

La prime après-heures ne s'applique pas aux heures de fonctionnement régulières, comme les heures régulières de cabinet ou de clinique les fins de semaine ou en soirée.

Établissement du rapport

- Il faut présenter le rapport sur un formulaire fourni par Travail sécuritaire NB ou un autre formulaire acceptable pour Travail sécuritaire NB. Travail sécuritaire NB peut retenir le paiement de tout rapport soumis en vertu de l'entente qui est inadmissible ou incomplet (ou les deux). Ces rapports devront être corrigés et resoumis pour paiement.
- Dans le cas des rapports de consultation et de chirurgie ainsi que les contacts avec la salle d'urgence, Travail sécuritaire NB fournira l'accès à un service de transcription téléphonique si la demande pour ce service est suffisante.
- Dans le cas des visites au cabinet (non pas les consultations) qui exigent plus d'une demande par le demandeur, le médecin fournira un rapport distinct pour chaque demande, et Travail sécuritaire NB paiera séparément chaque service et chaque rapport fournis.

Fréquence des visites au cabinet

- Au stade de blessure grave, Travail sécuritaire NB encourage le médecin à assurer le suivi fréquent du demandeur afin de s'assurer qu'il retournera au travail dans les plus brefs délais, même s'il doit effectuer des tâches plus légères.
- Lorsque l'état médical du demandeur s'est stabilisé, et que le médecin et Travail sécuritaire NB ont convenu que l'état médical du demandeur s'est stabilisé, les parties conviennent que Travail sécuritaire NB ne paiera pas plus qu'une visite régulière au cabinet tous les deux mois.
- Si l'état médical du demandeur change par la suite, le médecin doit soumettre un formulaire 10 et souligner comment l'état médical a changé. Travail sécuritaire NB paiera les visites au cabinet requises jusqu'à ce que l'état médical du demandeur se stabilise de nouveau.
- Travail sécuritaire NB paiera toutes les visites demandées par le patient qui sont liées à la demande.

Autres services payés par Travail sécuritaire NB

Conversion des articles exclus de l'Assurance-maladie

1. Les articles non couverts par le Manuel du médecin de l'Assurance-maladie sont payés à un pourcentage ou multiple du tarif de la visite au cabinet.

1.1. Acupuncture

1.1.1. Code : W1010 – 10 premières minutes; W1011 – tranche additionnelle de 10 minutes

1.1.2. Payée à 100 % du tarif de visite au cabinet pour les 10 premières minutes et 48 % du tarif de visite au cabinet pour chaque tranche additionnelle de 10 minutes jusqu'au maximum de 40 minutes

1.2. Consultation téléphonique entre le médecin et l'employeur pour discuter du retour au travail et des mesures d'adaptation

1.2.1. Code : W1020 – 10 premières minutes; W1028 – tranche additionnelle de 10 minutes

1.2.2. Payée à 100 % du tarif de visite au cabinet pour les 10 premières minutes et 48 % du tarif de visite au cabinet pour chaque tranche additionnelle de 10 minutes

1.2.3. Exigence relative au paiement : remplir le formulaire de consultation téléphonique. Le médecin doit fournir le nom de l'employeur et le nom de la personne à qui il a parlé.

1.3. Consultation téléphonique entre le médecin et Travail sécuritaire NB

1.3.1. Code : 10 premières minutes – Gestionnaire de cas : W1030, médecin de Travail sécuritaire NB : W1031, médecin cadre W1032; W1038 – tranches additionnelles de 10 minutes

1.3.2. Payée à 100 % du tarif de visite au cabinet pour les 10 premières minutes et 48 % du tarif de visite au cabinet pour chaque tranche additionnelle de 10 minutes

1.3.3. Exigence relative au paiement : remplir le formulaire de consultation téléphonique. Le formulaire est généralement rempli par Travail sécuritaire NB et transmis au médecin pour validation et signature.

1.4. Gestion de cas ou conférence de cas de Centre de réadaptation des travailleurs (CRT) demandé par Travail sécuritaire NB.

1.4.1. Code : 10 premières minutes – Gestion de cas : W1040, CRT : W1041; W1048 – tranches additionnelles de 10 minutes; W1049 – voyage aller-retour en kilomètres pour assister à la conférence de cas.

1.4.2. Payée à 100 % du tarif de visite au cabinet pour les 10 premières minutes et 48 % du tarif de visite au cabinet pour chaque tranche additionnelle de 10 minutes. Les frais de déplacement pour assister à une conférence de cas à un bureau de Travail sécuritaire NB sont payés au tarif versé au personnel non syndiqué de Travail sécuritaire NB.

1.4.3. Exigence relative au paiement : remplir le formulaire de consultation téléphonique. Le formulaire est habituellement rempli par Travail sécuritaire NB et transmis au médecin pour validation et signature.

1.5. La consultation téléphonique entre le médecin et le physiothérapeute pour discuter de l'évaluation de la capacité fonctionnelle et des exigences de l'emploi, de l'évaluation du physiothérapeute, du plan de réadaptation et du progrès.

1.5.1. Code : W1050

1.5.2. Payée à 100 % du tarif de visite au cabinet

1.5.3. Exigence relative au paiement : remplir le formulaire de consultation téléphonique. Le médecin doit fournir le nom du physiothérapeute à qui il a parlé.

1.6. Consultation téléphonique entre le médecin de famille et le spécialiste

1.6.1. Code : W1060

1.6.2. Payée à 100 % du tarif de visite au cabinet

1.6.3. Exigence relative au paiement : remplir le formulaire de consultation téléphonique. Le médecin doit fournir le nom du physiothérapeute à qui il a parlé.

1.6.4. Le médecin de famille et le spécialiste doivent tous les deux soumettre un formulaire de consultation téléphonique. Les deux seront payés.

1.7. Consultation téléphonique entre deux spécialistes

1.7.1. Code : W1062

1.7.2. Payée à 100 % du tarif de visite au cabinet

1.7.3. Exigence relative au paiement : remplir le formulaire de consultation téléphonique. Le médecin doit fournir le nom du physiothérapeute à qui il a parlé.

1.7.4. Le médecin de famille et le spécialiste doivent tous les deux soumettre un formulaire de consultation téléphonique. Les deux seront payés.

1.8. Rapport d'examen relatif aux opiacés

1.8.1. Code : W1070

1.8.2. Payé à deux fois le tarif de visite au cabinet

1.8.3. Aucuns frais de visite additionnels ne sont payables sauf si un rapport distinct est soumis avec des conclusions nouvelles ou additionnelles.

1.8.4. Ce service comprend une visite au cabinet par le demandeur pour faire l'examen et il est donc admissible à la prime pour déclaration précoce.

1.8.5. Travail sécuritaire NB paie les frais du rapport d'examen touchant les opiacés lorsque l'examen est demandé par la pharmacie ou Travail sécuritaire NB. En général, Travail sécuritaire NB ne paie pas les frais si l'examen est amorcé par le médecin traitant.

1.9. Lettre de suivi du spécialiste au médecin de famille ou au patient (ou aux deux)

1.9.1. Code : W1080

1.9.2. Payée au tarif de visite au cabinet

1.9.3. Exigence relative au paiement : Une copie de la lettre de suivi est transmise à Travail sécuritaire NB.

1.9.4. Travail sécuritaire NB paie la lettre principale. Travail sécuritaire NB ne paie pas pour la production de copies destinées à d'autres.

1.10. Lettre du médecin en réponse à une question de base de Travail sécuritaire NB

1.10.1. Code : W1090

1.10.2. Payée au tarif de visite au cabinet

Copie de dossiers médicaux : Travail sécuritaire NB paiera un tarif de base de 70 % du tarif du guide de la SMNB relatif à la facturation aux tierces parties plus 100 % du tarif par page. Lorsque des changements sont apportés aux tarifs du guide de la SMNB relatif à la facturation aux tierces parties, la Société médicale prévient Travail sécuritaire NB. Les changements entreront en vigueur 15 jours ouvrables après que la Société médicale aura vérifié auprès de Travail sécuritaire NB s'il a reçu l'avis de changement.

Annexe B

Facturation des services aux patients des Forces armées canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada (GRC)

Forces armées canadiennes

La facturation des services des médecins aux membres des Forces armées canadiennes se fait au moyen de Croix Bleue Medavie. Les médecins doivent s'inscrire sur le site Web de Croix Bleue Medavie afin de pouvoir facturer leurs services au personnel des Forces armées canadiennes.

Après leur inscription, il faudra environ trois semaines avant que les médecins puissent facturer leurs services. Ils commenceront par recevoir un nom d'utilisateur et un mot de passe par courriel qu'ils pourront utiliser pour facturer en ligne leurs services aux patients. Ils devront utiliser les codes appropriés de l'Assurance-maladie et les multiplier par la valeur unitaire générale de la page 4 du guide.

Pour pouvoir facturer leurs services à Croix Bleue Medavie, les médecins devront fournir le numéro de membre des Forces armées canadiennes du patient, ainsi que l'information d'aiguillage, s'il y a lieu.

Les paiements seront transmis par la poste par chèque ou par voie électronique selon le choix du médecin. Les médecins peuvent également facturer leurs services à Croix Bleue Medavie sur papier, mais les demandes papier ne seront pas payées aussi rapidement que les demandes en ligne.

Pour vous inscrire à la facturation directe à Croix Bleue Medavie, veuillez visitez le site Web de Croix Bleue Medavie à l'adresse <https://www.medaviebc.ca/fr/> et cliquer sur le lien « Professionnels de la santé » dans le haut de la page.

*L'information du site Web de Croix Bleue Medavie et du lien peut changer.

la Gendarmerie royale du Canada (GRC)

En juin 2012, le gouvernement fédéral a adopté le projet de loi C-38, qui contient une disposition qui modifie la Loi canadienne sur la santé de sorte que les membres de la GRC sont inclus dans la définition des « personnes assurées ». Les membres de la GRC habitant au N.-B. seront maintenant couverts par l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick, et les médecins factureront les tarifs de l'Assurance-maladie du N.-B. pour les membres de la GRC. Cette disposition est entrée en vigueur le **1^{er} avril 2013**.

Annexe C

Il peut arriver que le coroner communique avec un médecin tandis qu'il enquête sur le décès d'un de ses patients. Le médecin peut alors être invité à fournir une déclaration professionnelle de décès ou à donner son avis médical sur le décès. Tant qu'aucune autopsie n'est effectuée, le médecin peut facturer les services rendus au bureau du coroner.

Le bureau du coroner exige que le médecin et le coroner s'entendent sur les conditions avant la prestation du service.

Veuillez trouver ci-joint un exemple de facture qui peut être utilisé. Si vous n'avez jamais encore facturé le gouvernement provincial, un numéro de fournisseur vous sera fourni à la soumission de votre première facture.

Les frais recommandés sont de 25 à 100 \$, en fonction du temps consacré à la tâche.

FACTURE

Dr Nom du médecin
Nom de la clinique/du cabinet
Adresse
Ville, code postal
Téléphone

Facture no 123ABC

Signataire autorisé : Michael H. Johnston
Ministère de la Justice et de la Sécurité publique
Direction des services des coroners
12, rue McGloin
Fredericton (N.-B.) E3A 5T8

No de fournisseur : 67891011 (exemple de numéro)

Nom du coroner
Bureau du coroner
Adresse
Ville (prov.)
Code postal

Constatations entourant le décès de _____

Le _____ 20_____ À _____ (N.-B.)

Avis médical sur le décès de _____

Date: _____ 20_____

TOTAL \$ _____

Coroner

Médecin

REMARQUE : L'avis médical est uniquement valable en l'absence d'une autopsie.

Annexe D

Frais administratifs annuels

Un plan de frais administratifs annuels offre aux patients la possibilité de payer des frais administratifs annuels pour couvrir le coût des services non assurés par l'assurance-maladie, plutôt que de payer pour les services au besoin.

Il faudrait souligner que la SMNB ne suggère aucun montant pour les services associés à un plan de frais administratifs annuels, étant donné que l'éventail des services pouvant être couverts en vertu de ce plan pourrait être très vaste et varié en fonction de la pratique individuelle. En établissant des montants pour le plan de frais administratifs annuels, les médecins devraient tenir compte de la politique du Collège ainsi que des facteurs dans leur pratique qui détermineront la valeur des honoraires pour les services non assurés.

Ce qui suit est un extrait des lignes directrices du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick

Il est acceptable qu'un médecin envoie tous les ans à un patient une facture pour des services non assurés sous réserve des conditions suivantes :

- Le contrat entre le médecin et le patient doit couvrir une période d'au moins trois mois et d'au plus une année complète.
- Le contrat doit indiquer précisément et clairement par écrit les services qui sont couverts par le droit annuel et ceux qui ne le sont pas. Le patient a le droit de poser des questions sur les frais.
- Le contrat doit également indiquer les honoraires pour chaque service non assuré si on paie les services séparément.
- Le contrat et les honoraires peuvent changer d'un médecin à l'autre et dans un cabinet d'exercice collectif de la médecine selon les services fournis. Les médecins peuvent consulter le Guide du médecin concernant la facturation directe de la Société médicale du Nouveau-Brunswick.
- On doit remettre au patient une copie des règles et celui-ci doit indiquer son acceptation de cette façon de payer les services non assurés avant l'envoi de la facture du droit annuel.
- Le patient doit pouvoir choisir entre un droit annuel ou une facture pour chaque service fourni.
- Le fait qu'un patient accepte ou non de payer un droit annuel de service ne peut déterminer si un médecin accepte ou continue de soigner le patient.
- Selon les règlements du Collège, il serait de mauvaise grâce de réclamer des honoraires à un patient simplement pour se tenir à sa disposition en vue de conseils par téléphone ou d'un autre service.

Annexe E

Transfert d'un dossier médical

Date

Dr _____

Adresse

OBJET : TRANSFERT DE DOSSIER MÉDICAL

Patient : (Nom ici)

Cher docteur,

Je vous remercie d'avoir accepté de poursuivre le traitement de ce patient. Mon cabinet a récemment reçu la demande signée de transfert des dossiers médicaux. Comme vous le savez, l'ACPM n'encourage pas le transfert des dossiers originaux, mais une copie du dossier sera envoyée à votre cabinet.

Le tarif facturé pour ce genre de service varie selon la complexité du dossier. Pour couvrir les coûts de la préparation du dossier et son envoi, votre nouveau patient devra faire parvenir un montant de _____ \$ à mon cabinet à l'adresse sus mentionné.

Veuillez agréer, cher docteur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Dr (nom ici)

Exemple de formule de consentement à l'étranger

Loi applicable **OI APPLICABLE**

- a) Par la présente, j'accepte que ma relation avec (médecin de pratique privée) OU (organisme de soins de santé) (ainsi qu'avec ses représentants, délégués, employés, tout médecin et autre praticien de soins de santé indépendant dispensant des soins médicaux ou d'autres soins de santé et traitements à moi-même ou en association avec (médecin de pratique privée) OU (organisme de soins de santé)), y compris sans toutefois s'y limiter tout traitement médical ou autres soins de santé et traitement dispensés à moi même, et
- b) que la résolution de tout différend découlant de ladite relation ou associée à cette dernière, y compris tout différend découlant de la présente entente ou associée à cette dernière, soient régies et interprétées conformément aux lois de la province du Nouveau-Brunswick et aux lois du Canada applicables à cet égard.

Juridiction

Par la présente, je reconnais que les soins médicaux que les soins médicaux ou les autres soins de santé et traitements que je reçois de (médecin de pratique privée) OU (organisme de soins de santé) me seront dispensés dans la province (médecin de pratique privée) OU (organisme de soins de santé) du Nouveau-Brunswick et que les tribunaux de la province du Nouveau-Brunswick auront la compétence exclusive d'instruire toute plainte, réclamation, demande, instance judiciaire ou cause d'action, quelles qu'elles soient, découlant des soins médicaux ou des autres soins de santé et traitements ou associées à ces dernière sou relativement à tout autre aspect de ma relation avec (médecin de pratique privée) OU (organisme de soins de santé).

(médecin de pratique privée) OU (organisme de soins de santé)

Date _____

Nom du patient (lettres moulées)

Signature du patient / Signataire
autorisé au nom du patient

Demande de comparution au tribunal

Date

Destinataire :

Objet : Demande de comparution au tribunal

Client

Date de la comparution

J'ai reçu aujourd'hui votre assignation à comparaître au tribunal concernant le client nommé en rubrique. Je vous fais parvenir la présente pour confirmer que je prendrai les arrangements appropriés afin d'être disponible pour comparaître au tribunal à cette date.

Sachez que mon tarif à des fins médico-légistes pour la préparation du cas est de _____ \$ l'heure, peu importe si l'affaire se rend ou non jusqu'au tribunal. De plus, la présence au tribunal sera facturée au tarif de _____ \$ l'heure, le minimum étant de _____ \$ par jour. Si l'affaire est réglée avant qu'elle ne soit portée devant le tribunal, ou s'il est décidé que ma présence au tribunal ce jour-là n'est plus requise, je devrai recevoir un préavis d'au moins 24 heures avant l'heure et la date prévue pour l'audience. Autrement, le tarif minimum de _____ \$ s'appliquera. Le fait de m'aviser le plus tôt possible de l'annulation permettrait de minimiser les frais médico-légistes.

Si vous avez des questions concernant cette affaire, vous pouvez communiquer avec moi à l'adresse et au numéro de téléphone susmentionné.

Veuillez agréer mes sincères salutations.

Dr (nom ici)

Rapport demandé par un tiers

Rapport demandé par un tiers

Objet : Demande de (type de rapport) concernant (nom de la personne)

Madame, Monsieur,

J'accuse réception de votre demande du (date) pour ce rapport. Le coût pour l'obtention de cette information n'est pas couvert par l'assurance-maladie sous forme de service assuré. Mon tarif pour ce service est de _____ \$.

Veuillez indiquer votre acceptation de ce tarif en signant une copie de la présente demande et en la retournant par la poste ou par télécopieur. Le rapport pourra alors être préparé et vous être envoyé. Merci!

Dr (médecin expéditeur)

Demande d'information de nature médicale

À QUI DE DROIT

Date

Mon cabinet a récemment reçu votre demande d'information de nature médicale concernant l'un de mes patients. Malheureusement, les restrictions relatives au paiement du genre de demande susmentionnée a retardé la préparation de cette information. Sachez que mon tarif habituel pour ce genre de formule médicale est de _____ \$, plus _____ \$ par page de photocopie.

Si vous voulez toujours la prestation de ce service, veuillez resoumettre votre demande en indiquant votre autorisation de paiement pour ce service. Mes sincères salutations.

Dr (nom ici)

Arrangements spécifiques avec un avocat

Date

Adresse

OBJET : Demande pour (type de rapport) concernant (nom du patient)

Madame, Monsieur,

Tel que discuté le (date), mon cabinet a bien reçu votre demande (date) de (type de rapport) concernant (nom du patient). Mon tarif pour ce service sera de _____ \$. D'autres coûts connexes, qui pourraient être engagés, sont indiqués ci-dessous :

Temps de présence à la Cour par heure \$ _____

Temps d'attente ou de déplacement par heure \$ _____

Photocopie \$ _____

Dactylographie \$ _____

Temps de préparation \$ _____

Le paiement des services susmentionnés sera attendu dans les deux semaines suivant la soumission de ma réclamation.

Dans l'éventualité où le paiement n'était pas reçu à temps, un montant additionnel au taux de ____ % s'ajoutera mensuellement pour les comptes en souffrance.

À moins d'indications contraires fournies par écrit au cours des deux semaines suivant la date de la rédaction de la présente, je tiendrai pour acquis que ces arrangements de paiement sont satisfaisants.

Merci!

Dr (médecin expéditeur)

Annexe F

La préparation de rapports médico-légaux :

Lignes directrices à l'intention des médecins Par le Service du contentieux

La page qui suit est la reproduction d'un feuillet d'information produit par l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) en mai 2001 et révisé en juillet 2008. Elle a été réimprimée avec l'autorisation de l'ACPM.

Vous pourriez un jour ou l'autre être appelé à rédiger un rapport médical à des fins juridiques, à la demande d'un avocat. Un tel rapport se classe habituellement dans l'une des trois catégories suivantes :

1. Le rapport du médecin traitant

Le rapport le plus souvent demandé est celui dans lequel vous devrez rendre compte de l'état de santé d'un patient que vous traitez (ou que vous avez traité). L'avocat du patient s'appuiera sur ce rapport pour prouver le bien-fondé de l'invalidité de son client, ainsi que du traitement prodigué et du pronostic. Le rapport pourra être soumis à une compagnie d'assurance dans le cadre de négociations menant au règlement d'une réclamation, ou à un tribunal, si ces négociations s'avèrent infructueuses.

2. Le rapport d'examen médical indépendant

Un avocat peut vous demander de procéder à un examen médical indépendant et de produire un rapport à cette fin dans le cadre d'une poursuite pour préjudice corporel. Vous devrez alors examiner le demandeur qui cherche à être compensé à la suite d'un préjudice corporel, et établir son état de santé au moment de l'examen ainsi que ses limitations fonctionnelles et le pronostic. Les parties au litige et le tribunal se fonderont sur ce rapport pour calculer la compensation appropriée. Vous pourriez également être appelé à effectuer un examen médical indépendant pour aider un assureur à évaluer l'ampleur d'un préjudice corporel, ou pour aider une commission des accidents du travail à évaluer la gravité d'une incapacité.

3. Le rapport du médecin expert

L'une ou l'autre des parties à une poursuite en responsabilité professionnelle médicale peut vous demander de produire un rapport dans lequel vous devrez indiquer si, à votre avis, les soins médicaux prodigués au demandeur par le médecin traitant étaient conformes aux normes professionnelles.

Êtes-vous dans l'obligation de produire un rapport?

1. Le rapport du médecin traitant

Il est de votre devoir professionnel de fournir à la partie qui en fait la demande un rapport sur l'état de santé de l'un de vos propres patients. Vous devriez exiger que la demande soit formulée par écrit et qu'elle précise l'usage auquel ce rapport sera destiné. Il est également recommandé d'exiger une autorisation écrite signée par le patient vous donnant le droit de divulguer ce rapport à la partie qui en fait la demande.

Vous avez droit à des honoraires raisonnables pour la préparation de ce rapport.

La Cour suprême du Canada a précisé en 1992 que, dans le cadre d'une relation médecin-patient, le patient a le droit d'obtenir du médecin traitant, moyennant le versement d'honoraires raisonnables, copie de tout document figurant au dossier relativement à son traitement médical et de tout rapport émis par des consultants. La législation relative à la protection de la vie privée assure désormais aux patients des droits spécifiques d'accès à leurs renseignements médicaux personnels. Ces lois, dont la portée varie d'une province à l'autre, prescrivent également des barèmes tarifaires relatifs aux demandes d'accès.

Il se peut que vous receviez à l'occasion une demande de la part d'un patient ou de son représentant autorisé en vue d'obtenir des copies du dossier, que cette demande soit ou non accompagnée d'une requête visant la production d'un rapport médico-légal. À la suite d'une telle demande et d'une autorisation écrite de votre patient, vous devriez acheminer une copie des documents pertinents, à moins que vous n'ayez des raisons valables de croire que les renseignements que ces documents renferment pourraient porter préjudice au patient ou à une tierce partie, ou encore qu'une autre exception prévue par la législation relative à la protection de la vie privée ne s'applique. Si vous refusez de donner suite à une telle demande, vous devez être disposé à justifier le bien-fondé de votre refus. Les membres qui se demandent si certains des renseignements dans le dossier devraient ou non être divulgués et qui veulent savoir quelles dispositions de la loi relative à la protection de la vie privée applicable à leur province ou territoire gouvernent la demande devraient obtenir conseil auprès de l'ACPM.

Vous ne devriez divulguer aucun renseignement versé au dossier de votre patient ni fournir de copies de ce dossier avant d'avoir obtenu une demande ou une autorisation de la part du patient, à moins que la loi ne vous le permette ou ne vous y oblige. Par exemple, vous pourriez être tenu de divulguer des renseignements par suite d'une ordonnance de la Cour ou encore en vertu d'une obligation légale, comme celle consistant à dénoncer les cas d'enfants victimes de violence, ou d'une obligation de collaborer à une enquête menée par un Collège des médecins. Si vous n'êtes pas certain qu'il existe une autorisation légale de divulguer des renseignements, communiquez avec l'ACPM avant de procéder à leur divulgation.

2. Le rapport d'examen médical indépendant

Seul votre jugement professionnel peut vous inciter à accepter ou à refuser d'examiner un demandeur à titre de médecin expert indépendant. Si vous acceptez d'agir en cette qualité, vous devrez faire un examen approfondi du patient, comprenant une anamnèse, un examen physique et tout autre examen approprié, et faire rapport de vos constatations et conclusions de façon juste et objective.

3. Le rapport du médecin expert

Ici encore, rien ne vous oblige à agir à titre d'expert. Néanmoins, bon nombre de médecins considèrent qu'il est de leur devoir professionnel d'accepter de telles demandes (qu'elles proviennent de l'une ou l'autre des parties en cause), et l'ACPM est également de cet avis.

Avant d'accepter d'agir à titre d'expert, vous devez vous assurer de posséder l'expertise particulière qui vous permettra de vous prononcer sur la question en cause, et de ne pas être en situation de conflit d'intérêts ni au moment de l'examen, ni par la suite. Par exemple, il n'est pas recommandé d'agir à titre de témoin expert pour la défense lorsque vous, ou l'un de vos collègues travaillant dans le même établissement, agissez ou avez agi à titre de médecin traitant pour le demandeur. En tant qu'expert, assurez-vous d'avoir reçu et examiné soigneusement tous les documents nécessaires, afin d'être informé de tous les faits pertinents sur lesquels vous pourrez ensuite fonder votre opinion. Ces documents devraient comprendre les actes de procédure, tous les documents médicaux faisant état du traitement du demandeur et les transcriptions des témoignages donnés lors des interrogatoires préalables.

Votre rapport et votre opinion ont pour but d'aider le tribunal à établir la norme de diligence que devait respecter le médecin défendeur au moment de la prestation des soins.

Présentation suggérée d'un rapport médico-légal

Structurez votre rapport en utilisant si possible des sous-titres pour bien délimiter vos idées. Voici quelques suggestions :

- **Adressez le rapport à l'avocat ou à la personne qui en a fait la demande;** n'utilisez jamais la mention « À qui de droit ».
- **Précisez l'objet du rapport.** Par exemple : « Vous m'avez demandé d'examiner M. Tremblay, de répondre à vos questions concernant son état de santé actuel et d'établir le pronostic... ». Ou dans un cas de responsabilité civile médicale : « Vous m'avez demandé d'examiner et de commenter la norme de diligence exercée par le Dr X lorsqu'il a procédé à la chirurgie du rachis... ».

- **Indiquez vos titres professionnels et décrivez votre expérience en un ou deux paragraphes.** Vous aurez probablement à soumettre un curriculum vitae avant votre témoignage au procès, mais il est utile d'en faire un résumé succinct dans votre rapport. Par exemple : « Je pratique la médecine dans la ville de Bon-Pied-Bon-Oeil depuis 30 ans à titre de chirurgien orthopédiste et j'ai occupé jusqu'à récemment la fonction de chirurgien en chef à l'Hôpital général de Bon-Pied-Bon-Oeil. J'ai également occupé le poste de directeur du département de chirurgie de la faculté de médecine de l'Université de Bon-Pied-Bon-Oeil. »
- **Énumérez de façon précise les documents que vous avez examinés avant de rédiger le rapport.** Idéalement, vous devriez dresser une liste exhaustive des documents médicaux pertinents disponibles au moment de la préparation de votre rapport. Encore une fois, assurez-vous de disposer de tous les documents pertinents, sinon, communiquez avec la personne qui a demandé le rapport.
- **Énoncez toutes les hypothèses sur lesquelles vous vous êtes fondé pour préparer votre rapport et annexe au rapport** tout diagramme, toute photographie, tout calcul ou autres données de recherche ayant servi à la production de ce rapport.
- **Faites état des antécédents pertinents du patient.**
- **Décrivez l'examen fonctionnel que vous avez pratiqué sur le patient et dressez-en un bilan,** le cas échéant.
- **Résumez et concluez.** C'est normalement à cette étape que vous émettez une opinion sur l'état de santé actuel du patient, sur son degré d'incapacité et sur la cause de celle-ci, et que vous établissez le pronostic.

Dans une poursuite pour responsabilité civile médicale, vous devez cerner les faiblesses des soins médicaux rendus par le ou les médecins visés et les commenter, le cas échéant. Il est tout aussi important que vous rendiez une opinion à savoir si ces faiblesses ont causé ou non un préjudice direct au patient. Pour que le tribunal puisse établir qu'il y a eu faute professionnelle, le demandeur doit démontrer qu'au moins un des médecins défendeurs n'a pas respecté une norme de diligence reconnue en matière de soins et que le patient a subi un préjudice en raison du non-respect de cette norme professionnelle.

De même, dans une poursuite pour préjudice corporel, le rapport de l'expert doit préciser si le préjudice dont se plaint le demandeur a été causé par l'accident et, le cas échéant, dans quelle mesure.

Bien que l'on doive nécessairement recourir à la terminologie médicale pour la rédaction d'un rapport, il est recommandé de rédiger celui-ci de façon à ce que les profanes renseignés (avocats, juges et membres du jury) puissent en saisir le sens. Des dissertations trop techniques que seuls les experts peuvent comprendre sont d'une utilité limitée dans le cadre d'un procès. À l'exception des « rapports d'évolution » des médecins traitants, les rapports médico-légaux doivent traiter de toutes les questions substantielles qu'un expert devrait normalement aborder devant un tribunal. C'est pour cette raison que l'expert trouve souvent utile de discuter d'avance du contenu de son rapport avec l'avocat qui en a fait la demande. Le rapport devrait être imprimé sur le papier à en-tête du médecin ou sur celui de l'université ou de l'établissement où il pratique.

Problèmes fréquents liés aux rapports médicaux-légaux

Nous savons d'expérience que l'évitement de certaines pratiques au moment de procéder à un examen médico-légal et de rédiger le rapport y afférent pourra vous permettre d'optimiser le rôle que vous êtes appelé à jouer dans le cadre du processus judiciaire, et vous prémunir contre les difficultés pouvant être soulevées par la partie au litige ou le tribunal. Les conseils qui suivent vous aideront à éviter certains écueils :

- **Évitez d'amorcer une discussion avec le patient ou d'émettre des commentaires lorsque vous procédez à une évaluation médicale indépendante.** Les patients qui subissent une telle évaluation sont souvent sur la défensive, donc plus enclins à percevoir vos commentaires de façon négative et à formuler des plaintes par écrit à cet égard.

- **Évitez d'utiliser des mots ou d'agir d'une façon qui pourrait sembler insensible.** Soyez extrêmement prudent lorsque vous abordez des questions portant sur l'origine ethnique du patient, ses croyances religieuses, son orientation sexuelle, sa connaissance de la langue ou ses antécédents familiaux. Si de telles questions doivent être abordées avec le patient, expliquez-lui pourquoi, de façon à éviter les malentendus.
- **Évitez d'inscrire « dicté mais non relu » sur votre rapport ou de permettre à une tierce personne de le signer.** Signez vous-même le rapport après l'avoir soigneusement relu.
- **Ne faites pas mention de vos honoraires dans le rapport.** Les rapports médico-légaux sont habituellement déposés auprès de la Cour. Il n'est donc pas de mise de retrouver, à la fin du rapport, des précisions semblables à celle-ci : « Mes honoraires pour la production du présent rapport sont de 750 \$ et doivent être acquittés avant sa distribution. » De plus, vos honoraires étant le reflet du nombre d'heures de travail que vous avez investi, la partie adverse pourrait utiliser ces renseignements à son avantage lors du contre-interrogatoire pour dénigrer la valeur de votre rapport. Il est recommandé de discuter de vos honoraires et des modalités de paiement avant d'accepter d'agir à titre d'expert ou d'évaluateur médical indépendant.
- **Évitez de formuler dans le rapport des commentaires péjoratifs à l'égard du patient.** Par exemple, un rapport psychiatrique contenant une phrase telle que « Le patient présente un caractère rigide et est tellement empesé que... » tend à remettre en question votre objectivité et peut miner la crédibilité de votre rapport.
- **Évitez de formuler des remarques ayant trait à la situation socio-économique du patient.** Toute remarque généralisée sur la situation ou l'intention du patient pourrait être interprétée comme porteuse de préjugés à l'égard de certains groupes sociaux. En voici un exemple : « Cet homme, tout comme ses frères et sœurs, vit de l'aide sociale, et il pourrait considérer cette blessure comme une bonne occasion d'obtenir une source de revenu supplémentaire ». Cela pourrait mener les gens à mettre en doute votre objectivité et la crédibilité de votre rapport.
- **Éviter de tirer des conclusions de droit dans votre rapport (comme établir qui est en faute).** Un rapport médico-légal peut ne pas être admissible en preuve s'il traite à outrance de la cause de l'accident et précise qui en est responsable. Évitez toute déclaration semblable à celle-ci : « Le véhicule du patient a été heurté latéralement par un chauffard en état d'ébriété qui conduisait en direction opposée au-delà de la limite de vitesse », que vous citiez les propos du patient ou les reformuliez.
- **Évitez de formuler des déclarations peu nuancées ou des conclusions précises sur des questions de crédibilité.** Il appartient au juge des faits (juge ou jury) de décider qui il faut croire. Il est de peu d'utilité de qualifier un patient de « malveillant » ou de déclarer qu'il agit frauduleusement ou qu'il ment. Habituellement, il suffira d'énoncer les faits pouvant mener à cette conclusion.
- **N'empruntez pas les mots des autres. Si vous devez vous appuyer sur le rapport de vos confrères pour rédiger certains passages de votre rapport, indiquez-le et mettez les passages cités entre guillemets.** Il serait fort embarrassant que l'on constate au moment du procès que certains passages d'un rapport médico-légal sont en fait des citations sans référence tirées d'un rapport d'examen ou d'analyse d'un autre médecin.
- **Évitez de mentionner dans votre rapport toute question ayant trait à l'assurance dans les poursuites pour préjudice corporel (exception faite de l'assurance sans égard à la faute ou de prestations de rétablissement). Si vous avez des doutes, consultez l'avocat qui vous a demandé de produire le rapport.** Les membres du jury ne doivent pas savoir si le défendeur est assuré ou non et ils ne devraient donc pas l'apprendre de façon indirecte dans votre rapport.
- **Évitez d'émettre un jugement critique à l'égard d'autres médecins ou professionnels de la santé à moins qu'on ne vous demande de fournir une opinion objective dans une poursuite pour responsabilité professionnelle médicale ou une affaire traitant de normes professionnelles.** De tels jugements formulés dans un rapport peuvent donner lieu à des récriminations réciproques et peuvent semer le doute quant à la qualité de votre rapport.

- **Évitez les longueurs et les répétitions.** La longueur du rapport est évidemment fonction de la complexité du problème en cause. Toutefois, les rapports trop longs (de 10 à 15 pages) sont rarement utiles et sont donc à éviter.
- **Ne modifiez pas votre rapport à la demande du patient, à moins d'être convaincu que les modifications demandées sont justifiées.** Les patients demandent parfois indûment que le rapport les concernant soit modifié lorsqu'ils se rendent compte des conséquences que peuvent avoir les révélations qu'ils vous ont faites antérieurement et que vous avez consignées au dossier. Vous pourriez vous trouver dans l'embarras si le dossier que vous détenez à votre bureau fait état de renseignements fournis par le patient qui contredisent ceux contenus dans votre rapport médico-légal.
- **N'hésitez pas à exposer des détails qui peuvent s'avérer indispensables lorsque vous posez un pronostic à l'égard d'un patient.** Pour établir la compensation à laquelle a droit un patient victime d'un préjudice corporel, le tribunal doit se fonder sur des hypothèses portant sur l'avenir du patient. Pour ce faire, le tribunal doit établir, selon la prépondérance des probabilités (c.-à-d. le scénario le plus probable), comment l'avenir du patient se dessine. Par conséquent, l'opinion émise par l'expert à cet égard est d'une importance cruciale, même si le médecin peut parfois avoir l'impression qu'il s'agit d'un jugement approximatif. Il importe de reconnaître que les normes médicales en matière de preuve et de causalité diffèrent des normes juridiques. Notre système s'appuie sur les conseils et les opinions des experts concernant les événements futurs.

La plupart des malentendus entourant les rapports médico-légaux peuvent être réglés par une simple discussion avec l'avocat ayant demandé le rapport. N'oubliez pas que votre rapport sera vraisemblablement consulté par de nombreuses personnes. Par conséquent, assurez-vous d'émettre des commentaires professionnels, exacts, impartiaux et objectifs.

Si vous avez des doutes quant à la pertinence d'émettre un rapport ou à votre droit de refuser d'en produire un, communiquez avec l'ACPM pour obtenir des conseils.

ACPM 2008 tous les droits de reproduction sont réservés