

TRAITEMENT DES VARICES

MICHEL DESROSIER



Depuis peu, la direction reçoit plus de questions sur les services non assurés et le traitement des varices. Revoyons donc le cadre de rémunération pour ces services, de même que les visites associées et les évaluations effectuées en même temps.

PRINCIPES GÉNÉRAUX

La Loi sur l'assurance maladie prévoit que les services assurés sont ceux qui sont médicalement requis ou en lien avec la contraception. Ça exclut d'emblée plusieurs services. Mais le Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie va plus loin et dresse une liste de services qui ne sont pas assurés au sens de la loi. Il peut s'agir de services qui seraient autrement assurés ou de services dont le statut serait autrement ambigu.

C'est à l'article 22 qu'on retrouve cette liste. Ceux qui s'intéressent aux services non assurés ont intérêt à la consulter. Penchons-nous sur le traitement des varices, d'abord dans une perspective générale, puis en fonction de ce que prévoit le Règlement. Certains des principes d'interprétation appliqués à ces services peuvent aussi s'appliquer à d'autres services non assurés.

Les varices varient en importance, allant de petits pinceaux artério-veineux à de grosses dilatations veineuses. Les varices volumineuses sont souvent associées à des symptômes physiques – œdème, sensation de lourdeur, douleurs en orthostatisme prolongé, et le traitement permet parfois de les soulager. Bref le traitement de ces problèmes se situe sur un spectre allant du purement esthétique au médicalement requis.

QUALIFICATION DES TRAITEMENTS ET INCIDENCE FISCALE

Cette qualification est déterminante au moment de facturer le patient, car les soins qui sont au moins partiellement justifiés médicalement ne sont pas assujettis aux taxes (TPS et TVQ). Lorsque des traitements n'ont pas de visée thérapeutique ou ne sont pas médicalement requis, ils sont assujettis aux taxes, et le praticien inscrit est donc tenu de les percevoir. On comprend que le fait de devoir payer

15 % de plus pour un service peut, pour certains patients, être un frein à son obtention.

Quoi qu'il en soit, il convient de procéder à une analyse au cas par cas afin de pouvoir justifier le traitement fiscal appliqué advenant un éventuel contrôle. Pour le médecin non participant, la qualification de l'acte (esthétique ou médicalement requis) soulève des enjeux fiscaux et d'obligation d'information sur les risques. Pour le médecin participant, c'est la source de rémunération qui constitue l'enjeu le plus important.

Lorsque les services sont couverts par un régime public d'assurance maladie, ils sont exonérés de taxes, car ils sont présumés médicalement requis. Toutefois, il n'y a pas de présomption contraire voulant que les services non assurés ne soient pas médicalement requis. On trouve d'ailleurs à l'article 22 du Règlement plusieurs exemples de services qui seraient assurés si le texte ne prévoyait pas le contraire.

Avant de décider s'il faut facturer le patient et percevoir les taxes par la suite, que prévoit le Règlement d'application? Dans le cas des varices, la réponse se trouve aux paragraphes 22 c) et 22 n). Le paragraphe 22 c) énonce la règle générale selon laquelle les services à des fins purement esthétiques ne sont pas assurés, en plus d'énumérer des cas particuliers et des exceptions. Le paragraphe 22 n) porte spécifiquement sur les varices.

EXTRAIT DU RÈGLEMENT D'APPLICATION DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE

« 22. Les services mentionnés sous cette section ne doivent pas être considérés comme des services assurés aux fins de la Loi :

- n) l'injection de substances sclérosantes et l'examen dispensé à cette occasion :

Le Dr Michel Desrosiers, omnipraticien et avocat, est directeur des Affaires professionnelles à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

- i. Dans les télangiectasies ;
- ii. Dans les pinceaux artério-veineux ;
- iii. Dans les varicosités des membres inférieurs ;
- iv. Dans les veines variqueuses des membres inférieurs lorsque ce service n'est pas rendu dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre hospitalier ; »

Bien que le texte ne parle que de substances sclérosantes, la RAMQ assimile l'injection de mousses qui obstruent des veines perforantes, par exemple, à celles de substances sclérosantes. Ces services sont donc non assurés, et le médecin participant peut facturer le patient pour ces services. Reste à savoir si la visite d'évaluation est un service assuré ou pas. Nous allons en traiter.

Par ailleurs, le texte passe sous silence deux autres modalités de traitement, soit la fulguration par radiofréquence et le traitement endoveineux au laser, tous deux effectués sous guidage échographique. Nous aborderons ces techniques à la suite de la section sur la visite d'évaluation.

LES VISITES POUR DES SERVICES NON ASSURÉS

Lors d'une visite, il faut d'abord se demander si le traitement est médicalement requis. Dans le cas de la visite préalable, comme pour d'autres services à visée esthétique, le patient ou le médecin qui a dirigé le patient peut vouloir s'assurer du diagnostic, connaître l'éventail de traitements possibles (y compris ne pas traiter) de même que les complications associées, les risques de récurrence, etc. Dans ces cas, le service est assuré. Le seuil requis est d'ailleurs assez faible ; c'est ce qu'enseigne la jurisprudence. En définitive, en cas de doute et en l'absence de règle claire énonçant le contraire, il est préférable de traiter ces services comme étant couverts par le régime public.

Bien que le Règlement stipule, comme c'est le cas pour les varices, que l'examen lié au traitement n'est pas assuré, cette exclusion ne vise que l'examen requis aux seules fins du traitement non assuré. Si une évaluation médicale est requise, par exemple pour investiguer une rougeur suspecte (cellulite) ou une douleur suggérant une thrombose veineuse profonde, ce service demeure facturable à la RAMQ, même s'il est effectué le même jour que le traitement.

Lors de tels enjeux, il est impératif de consigner clairement au dossier les motifs ayant conduit à qualifier l'acte d'assuré ou de non assuré. Il semble que ça soit un point faible lors de vérifications par la RAMQ. Que vous ayez facturé le service à la RAMQ ou au patient, il est essentiel de noter la raison de la visite, les attentes du patient, ainsi que la teneur des discussions et les recommandations formulées. Il ne faut pas présumer qu'une consultation est non assurée parce

qu'elle s'est soldée par un traitement non couvert, le jour même ou un jour subséquent.

Si vous facturez la visite à la RAMQ à l'occasion d'un service non assuré, il est prudent d'en informer le patient et de lui expliquer les motifs. Si le patient apprendrait *a posteriori* que des frais ont été réclamés à la RAMQ lors d'un traitement de varices, il pourrait faire appel à la RAMQ et demander une enquête. Vous pouvez aisément éviter une telle situation en expliquant clairement ce qui en est au patient au moment du service.

Lorsque la rencontre a pour objet unique l'administration d'un traitement non assuré, le service est lui-même non couvert. De même, toute visite préparatoire (telle que la prise de mesures ou le marquage cutané en vue d'une intervention ultérieure) fait partie intégrante du service non assuré et ne doit pas être réclamée à la RAMQ.

ABLATION PAR RADIOFRÉQUENCE OU LASER

Qu'en est-il donc du traitement par laser ou radiofréquence ? Le règlement ne prévoyant pas d'exclusion particulière pour ces services, ceux-ci sont régis par les dispositions générales applicables aux soins esthétiques et aux services médicalement requis. Un service qui n'a aucune utilité médicale et qui est purement esthétique est un service non couvert. Par ailleurs, s'il y a un bienfait médical (réduction d'un œdème ou d'une douleur, par exemple) il s'agit d'un service couvert, et le médecin devra facturer ce service à la RAMQ. Le traitement de l'insuffisance de la veine saphène, plus particulièrement, est généralement couvert, à moins que le traitement se fasse par injection de substances sclérosantes. L'examen d'évaluation effectué le même jour ou un autre jour le sera aussi.

Certains diront que le règlement n'a pas évolué avec la technologie. C'est sans doute vrai. Par ailleurs, lorsqu'un règlement établit des exceptions à une loi de portée générale, celles-ci sont d'interprétation restrictive. Il faut donc s'en tenir aux exceptions énoncées. C'est au législateur de mettre le règlement à jour.

Lors de l'évaluation d'un patient en vue d'un traitement non couvert par le régime public, la consultation demeure un service assuré si elle est à visée médicale (évaluer le besoin de traitement, diagnostiquer les causes, envisager les différents traitements possibles), et ce, malgré l'exclusion au règlement du traitement lui-même.

L'ablation des varices par radiofréquence ou leur traitement endoveineux par laser ne sont pas exclus de la couverture de l'assurance maladie. Il faut donc déterminer s'ils sont médicalement requis ou purement esthétiques afin d'établir si le service est couvert par la RAMQ ou s'il est à la charge du patient.

Rappelons enfin l'importance de l'échographie associée à ces services. Depuis avril 2025, l'échographie de guidage qui accompagne un acte couvert est reconnue elle-même comme un service assuré. La RAMQ couvre donc le traitement et l'échographie de guidage, du moins quand le traitement est médicalement requis.

Les médecins participants ne manqueront pas de relever qu'il n'existe pas de codes de facturation pour ces services. Pour l'échographie de guidage, la négociation est en cours. Pour l'ablation par radiofréquence ou par laser, le médecin participant effectuant ce service à des fins autres que purement esthétique devra recourir au mécanisme des actes non tarifés en facturant le code 09990 afin de permettre la codification du service par les parties négociantes. À défaut de codifier des services, le fait d'y avoir recours pourrait inciter le Ministère à mettre à jour le Règlement dans le but d'exclure ces interventions de la couverture publique.

UN DERNIER MOT SUR LES TAXES SUR LES PRODUITS ET SERVICES

Revenons momentanément sur la question des taxes sur les services. Vous aurez noté que la marge est étroite pour le médecin participant. Lorsque le service est médicalement requis, il n'a pas à se soucier des taxes du fait que c'est la RAMQ qui couvre le service. C'est lors de la prestation des services qui sont explicitement exclus de la couverture et pour lesquels le médecin facture le patient qu'il doit se demander si le service est purement esthétique ou s'il a un volet médicalement requis.

Dans le cas du médecin non participant, il doit toujours déterminer si le service est médicalement requis et être cohérent dans sa décision de percevoir ou non les taxes sur les produits et services.

J'espère que cet article vous évitera de mauvaises surprises. Bonne facturation ! ■

Vous venez de lire mon dernier article comme directeur des affaires professionnelles. Le docteur **Benoît Brodeur** assurera la relève. Il y aura sans doute toujours des enjeux de facturation à clarifier.

LE MÉDECIN DU QUÉBEC

INDEX DES ANNONCEURS

EISAI

Dayvigo..... 4-5

FONDS FMOQ INC.

Corporatif 10

FORMATION PROFESSIONNELLE DE LA FMOQ

Application Omni-Pratq..... 67

Ateliers d'échographie 64

Atelier : organisation du travail 39

Atelier : pratique avisée..... 29

Balado-Caducée 45

Caducée, l'alliée de votre formation en ligne..... ii

Congrès à venir Couv. IV, 24, 44

Forfaits groupe 60

Formations accessibles sur le portail *Caducée.fmoq.org*

► Formations en ligne récentes et à venir 30

► Les 10 formations les plus populaires de 2025 50

► Formation : responsable local Couv. III

Les journées de l'AQMSE
et de la FMOQ et atelier de prolothérapie..... 40

Votre mieux-être à portée de clic Couv. II

PADPC-FMOQ..... 56

Quiz annuel MQ 2025 46

Thèmes de formation continue
des prochains numéros du *Médecin du Québec*..... 59

KENVUE

Nicorette..... 20