

**Enquête  
de la Régie de l'assurance maladie du Québec  
sur la Clinique Globale Santé Express  
de Blainville**

**Faits saillants et analyse**

**22 mars 2012**

## **1. Objet et déroulement de l'enquête**

À la suite d'un article publié le 6 janvier 2011 dans le *Journal de Montréal*, la Régie de l'assurance maladie du Québec (la Régie) a enquêté sur la Clinique Globale Santé Express de Blainville (la Clinique).

Selon cet article, les personnes qui passent le bilan de santé à un coût de 371 \$ auraient accès en deux semaines à un médecin alors que les autres personnes seraient inscrites sur une liste d'attente. Le coût du bilan de santé inclut une prise de sang, une analyse d'urine et un électrocardiogramme.

- **Les faits relatifs à la période précédant le 6 janvier 2011**

La Clinique est située au 1107, boulevard Curé-Labelle, bureau 202, à Blainville. Cette entreprise a été légalement constituée le 13 juillet 2005. Une entreprise privée, le Laboratoire Nord-Med (le Laboratoire), loue un local dans la Clinique. Le Laboratoire a été vendu au propriétaire actuel en septembre 2010.

Les médecins qui pratiquent à la Clinique sont tous participants au régime d'assurance maladie du Québec. Ils ne reçoivent que la rémunération versée par la Régie pour les services assurés qu'ils rendent et paient un loyer pour avoir accès aux locaux ainsi qu'aux services du personnel administratif et infirmier. Par ailleurs, le Laboratoire offre à la clientèle des services privés, dont les tests médicaux mentionnés précédemment.

Les vérifications faites auprès d'un échantillon de personnes assurées ont permis à la Régie d'apprendre, de la part de certaines d'entre elles, qu'il était obligatoire, avant le 6 janvier 2011, de faire établir un bilan de santé à la Clinique et de payer les frais afférents pour avoir accès à un médecin y pratiquant.

- **Les faits depuis le 6 janvier 2011**

La Clinique a été vendue au propriétaire du Laboratoire le 6 janvier 2011. Les deux entreprises partagent toujours la même adresse. Le Laboratoire continue d'offrir les services liés aux tests médicaux.

Selon le propriétaire, le modèle d'affaires de la Clinique a été modifié en janvier 2011. Désormais, une personne assurée doit être vue par un médecin avant de faire établir son bilan de santé. L'accès à un médecin de la Clinique n'est donc plus conditionnel au paiement des services privés offerts par le Laboratoire et liés au bilan de santé. De plus, en ce qui concerne ce dernier, les personnes assurées ont maintenant le choix de faire appel à un laboratoire public ou privé pour passer des tests médicaux. Les frais exigés par le Laboratoire varient entre 225 \$ et 500 \$ en fonction de la nature des tests médicaux effectués.

Les vérifications effectuées auprès d'un échantillon de personnes assurées ont permis à la Régie d'apprendre de la part de toutes celles qui en faisaient partie que, depuis le mois de janvier 2011, il n'est plus obligatoire de faire établir un bilan de santé pour avoir accès à un médecin de la Clinique.

## **2. Analyse de la Régie**

La Loi sur l'assurance maladie (la Loi) repose, entre autres, sur les principes d'universalité et d'accessibilité aux services assurés. En vertu de la Loi, l'accomplissement de ces principes est rendu possible grâce à la prise en charge par la Régie du paiement des services assurés rendus aux personnes assurées, ainsi qu'à la prohibition générale faite à quiconque d'exiger ou de recevoir tout paiement d'une personne assurée pour un service, une fourniture ou des frais accessoires à un service assuré, sauf dans les cas prescrits ou prévus dans une entente entre le ministre et les associations ou fédérations de professionnels de la santé.

Ainsi, le paiement d'un montant pour un bilan de santé ne doit en aucun temps constituer une condition préalable pour accéder aux services d'un médecin.

À la lumière des faits constatés, la Régie considère que le modèle d'affaires en vigueur à la Clinique en ce qui a trait au bilan de santé respecte maintenant les dispositions de la Loi.

La Clinique a été informée des conclusions de l'enquête.

## **3. Modalités de remboursement des frais illégalement facturés aux personnes assurées**

Bien que la Clinique respecte les dispositions de la Loi, la Régie tient à rappeler qu'en vertu de la Loi, lorsque la Régie est d'avis qu'un professionnel de la santé ou un tiers a exigé un paiement d'une personne assurée à l'encontre de cette loi, elle rembourse à la personne assurée la somme ainsi versée et en avise par écrit le professionnel de la santé ou le tiers.

La Régie peut effectuer un tel remboursement uniquement lorsque la personne assurée lui en fait la demande écrite dans l'année suivant la date du paiement. La somme ainsi remboursée et les frais d'administration prescrits constituent une dette envers la Régie et peuvent être recouverts de ce professionnel de la santé ou de ce tiers par compensation ou autrement, à l'expiration d'un délai de 30 jours à compter de la date de cet avis.

La personne doit transmettre sa demande à la Régie à l'adresse suivante :

Demande de remboursement  
Direction des affaires professionnelles  
Régie de l'assurance maladie du Québec  
Case postale 6600  
Québec (Québec) G1K 7T3

Les factures détaillées et les preuves de paiement originales doivent être jointes à la demande de remboursement. Au besoin, la Régie communiquera avec les personnes concernées pour leur faire part des preuves additionnelles qui pourraient être requises afin de compléter l'analyse des demandes de remboursement.