

**Enquête  
de la Régie de l'assurance maladie du Québec  
sur la Clinique chirurgicale de Laval**

**Faits saillants et analyse**

**22 mars 2012**

## 1. Objet et déroulement de l'enquête

À la suite d'un article publié le 3 août 2010 dans *Le Journal de Québec* et dans *Le Journal de Montréal*, la Régie de l'assurance maladie du Québec (la Régie) a enquêté sur la Clinique chirurgicale de Laval (la Clinique).

Dans cet article, un citoyen dénonçait le fait qu'il était possible d'obtenir un rendez-vous à la Clinique plus rapidement, à la condition d'être abonné au Carrefour Multisports (le Carrefour), situé dans le même édifice. La procédure utilisée permettrait ainsi à un médecin participant au régime d'assurance maladie du Québec de rendre des services assurés à une personne assurée en lui faisant payer ces services par l'intermédiaire du Carrefour.

La Clinique a ouvert ses portes en janvier 2008. Il s'agit d'une société en nom collectif à responsabilité limitée, propriété de six associés. Tous sont des médecins orthopédistes participants au régime d'assurance maladie du Québec.

La place d'affaires de la Clinique est située au 3095, autoroute 440 Ouest, à Laval, plus précisément à l'intérieur d'un centre sportif, en l'occurrence le Carrefour.

La Régie a rencontré des représentants de la Clinique et du Carrefour afin qu'ils puissent expliquer le modèle d'affaires. Des documents ont été recueillis. Des personnes assurées ont aussi accepté de livrer leur témoignage.

L'enquête a permis de démontrer ce qui suit :

- Une personne assurée qui prend contact avec la Clinique afin d'obtenir un rendez-vous pour y subir éventuellement une intervention chirurgicale est informée que tous les médecins qui y pratiquent participent au régime d'assurance maladie du Québec. Pour cette raison, on ne peut demander à cette personne d'acquitter une facture pour avoir accès plus rapidement aux services rendus par un médecin de la Clinique.
- Toutefois, on mentionne à cette personne que la Loi sur l'assurance maladie (la Loi), permet à un médecin participant de facturer des services à une tierce partie (tiers payeur). Par conséquent, on lui demande si son employeur a signé une entente avec la Clinique. Dans la négative, on lui énumère le nom des organismes et des associations qui l'ont fait, dont celui du Carrefour situé dans le même édifice que la Clinique. Ainsi, si une personne assurée est membre d'une de ces associations ou d'un de ces organismes, elle peut recevoir des services à la Clinique qui, pour sa part, peut facturer une chirurgie à un tiers, en l'occurrence l'employeur, l'association ou l'organisme.
- Une personne assurée qui accepte de se prévaloir de l'entente avec le Carrefour se soumet au processus de facturation suivant :
  - si elle n'est pas abonnée au Carrefour, elle doit s'y inscrire et payer les frais afférents pour pouvoir bénéficier des avantages décrits dans l'entente;
  - elle doit payer au Carrefour les services de chirurgie et de consultation le jour même où ils lui sont rendus par un médecin de la Clinique;
  - le Carrefour lui remet une facture portant son en-tête, sur laquelle sont détaillés les services médicaux reçus, tels que la description de l'intervention chirurgicale subie;

- la Clinique remet une facture détaillée au Carrefour qui doit l'acquitter dans les 30 jours qui suivent l'intervention chirurgicale;
  - le Carrefour paie les services de consultation et de chirurgie rendus par un médecin de Clinique avec la somme préalablement versée par la personne assurée (membre du Carrefour).
- Pour les services rendus dans le cadre de cette entente, les médecins ne reçoivent aucune rémunération de la Régie. Ils sont rémunérés par la Clinique.

En bref, dans le cadre de ce modèle d'affaires, une entente est conclue entre la Clinique et un tiers, ici le Carrefour, sur la base de l'exception prévue au paragraphe i de l'article 22 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, ( le Règlement). Toutefois, dans ce cas, la personne assurée a dû payer à un tiers, c'est-à-dire au Carrefour, tous les services de consultation et de chirurgie qu'elle a reçus à la Clinique. Par la suite, le tiers rembourse la Clinique.

## 2. Analyse de la Régie

À la lumière des faits constatés, la Régie considère que l'entente conclue entre la Clinique et le Carrefour est illégale, donc nulle au regard de la Loi, puisqu'elle permet d'exiger d'une personne assurée qu'elle verse une somme liée à des services assurés et dispensés par un professionnel de la santé soumis à l'application d'une entente. Le fait que cette somme transite par un tiers payeur, en l'occurrence le Carrefour, ne permet pas de faire indirectement ce qui est clairement interdit par la Loi.

La Loi prévoit qu'un professionnel de la santé soumis à l'application d'une entente, comme le sont les médecins qui pratiquent à la Clinique, ne peut exiger ni recevoir, pour dispenser un service assuré, que la rémunération prévue à cette fin et à laquelle il a droit (art. 22 al. 4 de la Loi). Le régime d'assurance maladie repose sur les principes de l'accessibilité et de l'universalité des soins. Seules quelques exceptions viennent restreindre ces principes.

Le modèle d'affaires de la Clinique est présenté comme étant basé sur une exception prévue à l'article 22 paragraphe i) du Règlement, qui stipule que ne doit pas être considéré comme un service assuré « tout service rendu par un professionnel sur la base d'une entente ou d'un contrat avec un employeur ou une association ou organisme aux fins de rendre des services assurés à ses employés ou à leurs membres ».

Cette exception prévue au Règlement tire son habilitation de la Loi qui est d'ordre public et qui établit un régime public d'assurance maladie. La Loi consacre le principe de la gratuité des soins médicaux pour toutes les personnes assurées. Dans ce contexte, cette exception prévue au Règlement doit être interprétée restrictivement. Selon la Régie, de manière générale, cette exception s'appliquera uniquement lorsque les services visés sont payables par l'employeur, l'association ou l'organisme et non par la personne assurée.

La finalité de la Loi et l'ensemble de sa structure établissent un régime public en fonction duquel les professionnels de la santé doivent choisir de participer ou non. Leur participation implique qu'ils acceptent d'être rémunérés par la Régie, selon les tarifs prévus aux ententes, et de n'accepter ni d'exiger aucune autre rémunération pour les services assurés que celle qui est prévue.

Partant de ce fait, l'exception prévue au paragraphe i) de l'article 22 du Règlement ne peut être interprétée comme si elle permettait à une personne assurée d'obtenir des services assurés d'un professionnel de la santé soumis à l'application d'une entente (médecin participant), même si cette personne a les moyens de payer ceux qu'elle requiert, ni à ce professionnel d'être rémunéré par une personne assurée pour la dispensation de services assurés, et cela, par l'intermédiaire d'un tiers, tel que le Carrefour.

Il faut comprendre que, pour être cohérente avec la Loi et sa finalité, l'interprétation de cette exception implique, de manière générale, qu'une personne assurée n'a pas à payer pour un service assuré. Ainsi, le législateur peut autoriser, par exemple, un employeur à payer un médecin sur le lieu de travail pour éviter que ses employés s'absentent et favoriser, de ce fait, la productivité, sans sacrifier le principe de la gratuité pour les personnes assurées et sans ouvrir la porte à des pratiques qui réduiraient à néant la portée réelle de la Loi, au gré de la volonté d'un professionnel de la santé ou d'une personne assurée, ou des deux.

Une telle conclusion pourrait s'appliquer à toute entente de même nature conclue avec un tiers et qui aurait des effets similaires, soit que des personnes assurées aient à payer pour un service assuré rendu par un professionnel de la santé soumis à l'application d'une entente.

La Régie a fait part des résultats de son analyse aux représentants de la Clinique et du Carrefour afin qu'ils se conforment à la Loi. Ceux-ci ont également été informés que les personnes assurées qui adresseront une demande de remboursement à la Régie attestant cette pratique illégale se verront rembourser les frais payés. La Régie réclamera par la suite les frais visés au professionnel de la santé concerné, à la Clinique ou au Carrefour. Cette procédure pourrait également s'appliquer à des demandes de remboursement liées à d'autres ententes conclues entre la Clinique et d'autres tiers (employeur, association ou organisme) et considérées comme illégales parce que la personne assurée doit ultimement payer ou rembourser un service assuré dispensé par un professionnel de la santé soumis à l'application d'une entente.

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

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 recouvrés auprès 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  
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.