

**Enquêtes de la  
Régie de l'assurance maladie du Québec  
sur des coopératives de santé**

**Faits saillants et analyse**

**28 septembre 2011**

## 1. Les enquêtes réalisées

À la suite des différentes situations rapportées dans les médias, la Régie a fait enquête sur des coopératives de santé au sujet des frais exigés des personnes assurées. Les coopératives qui ont fait l'objet d'une enquête sont :

- la Coop de Solidarité Santé La Prairie (Montérégie);
- la Coop de Solidarité Santé Pointe-du-Lac (Mauricie);
- la Coop Santé Gatineau (Outaouais).

Il importe de préciser que tous les médecins pratiquant dans ces cliniques sont des médecins participants au régime d'assurance maladie.

Le modèle d'affaires de ces coopératives est relativement similaire. Les personnes assurées doivent obligatoirement déboursier, pour être membre de leur coopérative, un montant initial pour des parts sociales et payer une cotisation annuelle par la suite.

Dans les trois coopératives qui ont fait l'objet d'une enquête, les responsables ont indiqué que l'adhésion à la coopérative n'était pas une condition pour avoir accès à un médecin ou avoir une priorité d'accès à un médecin. Or, selon le témoignage de la majorité des personnes assurées questionnées, il ressort que les personnes perçoivent :

- que l'adhésion à la coopérative est obligatoire pour voir un médecin ou continuer d'avoir accès à un médecin de famille,
- et que le principal avantage d'être membre de la coopérative est d'obtenir un rendez-vous plus rapide pour voir un médecin.

Cette cotisation annuelle peut aussi permettre aux membres de bénéficier d'un forfait leur donnant la possibilité d'obtenir d'éventuels services médicaux non assurés sans frais additionnels ou à moindre coût. La gamme des services accessibles aux membres varie d'une coopérative à l'autre.

Aussi, les montants recueillis permettent de payer les frais de gestion de la coopérative, dont des frais de fonctionnement de la clinique médicale.

## 2. Analyse de la Régie

- **Cotisation annuelle ou part sociale liée à un accès à un médecin**

La Loi sur l'assurance maladie repose, entre autres, sur les principes d'universalité et d'accessibilité aux services assurés. Elle assure l'accomplissement de ces principes en prévoyant que les services assurés sont assumés par la Régie de l'assurance maladie pour le compte des personnes couvertes, ainsi que par la prohibition générale faite à toute personne 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 de parts sociales et de cotisations annuelles ne doit en aucun temps constituer une condition préalable pour accéder aux services d'un médecin ou encore permettre un accès plus rapide à un médecin.

En conséquence, les coopératives doivent prendre les mesures appropriées afin que les personnes assurées n'aient pas la perception qu'elles doivent être membres de la coopérative afin de voir un médecin ou pour continuer d'avoir accès à son médecin. En somme, il est important que les personnes sachent qu'en devenant membre de la coopérative, elles n'acquièrent pas ainsi un droit d'accès à un médecin (consentement éclairé).

- **Forfait pour des services**

Le paiement de la cotisation annuelle peut aussi permettre d'avoir accès à des services non assurés, ou des services, fournitures et frais accessoires à des services assurés pour lesquels les personnes peuvent être facturées à un coût moindre ou nul.

Le fait de payer à l'avance une contribution annuelle, permettant de recevoir sans frais ou à un coût moindre des services médicaux non assurés ou des services, fournitures ou frais accessoires prescrits ou prévus dans une entente, peut constituer un forfait illégal car ces services ne sont pas rendus au moment de leur paiement par la personne assurée. Une facture détaillée des services reçus doit être fournie à la personne assurée.

Qu'il s'agisse de services assurés ou non assurés ou d'un assortiment des deux, le forfait n'est pas permis. Toutefois, s'il s'agit d'un forfait de services rendus par des professionnels qui ne sont pas assujettis à la Loi sur l'assurance maladie (physiothérapeutes, nutritionnistes, psychologues, etc.), le forfait est légal pour autant qu'il ne comprenne aucun service, aucune fourniture ou aucuns frais accessoires à des services assurés, ni services assurés, ni services non considérés comme assurés et qu'il ne représente pas une condition d'accès à un médecin.

La véritable nature de la cotisation est déterminante : s'il s'agit d'une contribution au financement de la coopérative, elle est légale; s'il s'agit d'un forfait, il est illégal.

Par ailleurs, il importe de préciser que si la cotisation annuelle accorde aux membres le privilège d'être remboursé d'une partie ou de la totalité des services médicaux non assurés ou des frais accessoires prévus aux ententes lorsqu'ils reçoivent de tels services ou doivent assumer de tels frais, cela est légal au regard de la Loi sur l'assurance maladie, car cela n'implique pas que la personne assurée débourse à l'avance un montant pour des services à venir. Ainsi, la personne membre de la coopérative pourrait être facturée par le médecin pour un service non assuré, par exemple un paiement de 25 \$ pour remplir un rapport médical, et être remboursée par la suite par la coopérative pour un montant équivalent ou moindre.

En conséquence, les coopératives de santé doivent modifier, le cas échéant, leurs règles de cotisation annuelle afin que celles-ci respectent ces exigences.

- **Avantages consentis par les coopératives aux médecins**

Les enquêtes ont révélé que les médecins qui pratiquent dans les coopératives ne reçoivent de celles-ci aucune rémunération directe ou indirecte. Il faut que cela demeure. En effet, un « professionnel de la santé soumis à l'application d'une entente ne peut exiger ni recevoir, pour un service assuré, que la rémunération prévue à l'entente et à laquelle il a droit (...); toute convention à l'effet contraire est nulle de nullité absolue ».

En ce qui concerne les avantages dont bénéficieraient les médecins de la part des coopératives, si la Loi sur l'assurance maladie stipule qu'un « professionnel de la santé soumis à l'application d'une entente ne peut recevoir d'un établissement une somme d'argent ou un avantage direct ou indirect en considération de la dispensation de services assurés », la même interdiction ne s'applique pas si l'avantage provient d'une autre entité qu'un établissement, comme d'une coopérative. Tout au plus, il appartiendrait aux instances disciplinaires du Collège des médecins de déterminer si de tels avantages sont déontologiquement prohibés.

- **Obligation d'affichage**

La Loi sur l'assurance maladie prévoit certaines règles en matière d'affichage dans les cabinets de médecins, dont l'obligation d'afficher, à la vue du public, dans la salle d'attente du cabinet, le tarif des services, fournitures et frais accessoires prescrits ou prévus dans une entente que le médecin peut réclamer d'une personne assurée, ainsi que celui des services médicaux qu'il rend et qui sont non assurés ou non considérés comme assurés par règlement.

En ce qui concerne les frais d'adhésion (parts sociales) et le coût de la cotisation annuelle, les coopératives de santé ne sont pas tenues de les afficher car ils ne concernent pas des services médicaux, ni des services, fournitures ou frais accessoires prescrits par règlement ou prévus dans une entente.

La Régie a fait part aux trois coopératives de santé des résultats de son analyse. Elle en a également informé la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec.

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

En vertu de la Loi sur l'assurance maladie, 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 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 démontrant que des frais ont été payés doivent être jointes. Au besoin, la Régie communiquera avec les personnes pour leur faire part des preuves additionnelles qui pourraient être requises afin de compléter l'analyse de leurs demandes de remboursement.