

## RAPPORT D'ENQUÊTE

*Clinique médicale Élite*

23 septembre 2008

## TABLE DES MATIÈRES

|    |                                       |    |
|----|---------------------------------------|----|
| 1. | LA DEMANDE DU MINISTRE .....          | 3  |
| 2. | LE MANDAT D'ENQUÊTE .....             | 3  |
| 3. | LA MÉTHODOLOGIE D'ENQUÊTE .....       | 4  |
| 4. | LES PRINCIPALES ASSISES LÉGALES ..... | 4  |
| 5. | L'EXAMEN DES FAITS RECUEILLIS .....   | 6  |
| 6. | LA CONCLUSION .....                   | 13 |

Annexe 1 : *Lettre du 29 novembre 2007 du ministre de la Santé et des Services sociaux à M. Marc Giroux, président-directeur général par intérim, de la Régie de l'assurance maladie du Québec*

Annexe 2 : *Article publié le 25 octobre 2007 dans le quotidien La Presse*

## Rapport d'enquête

### Examen de certaines pratiques de la Clinique médicale Élite

#### 1. LA DEMANDE DU MINISTRE

Le ministre de la Santé et des Services sociaux a demandé le 29 novembre 2007<sup>1</sup> au président-directeur général par intérim de la Régie de l'assurance maladie du Québec, ci-après nommée « la Régie », de procéder à des vérifications sur les manquements possibles à la *Loi sur l'assurance maladie* (L.R.Q., c. A-29) rapportés dans l'article intitulé « Une autre clinique privée ouvre ses portes », publié dans *La Presse* le 25 octobre 2007<sup>2</sup>. Il semble que les médecins omnipraticiens exerçant à la Clinique médicale Élite, ci-après nommée « CME », qui possède des points de services à Blainville et à Laval, accepteraient des nouveaux patients à la condition toutefois que ceux-ci adhèrent à un plan annuel de services médicaux au coût de 400 \$ ou 700 \$ pour une famille. Ce plan annuel de services, toujours selon *La Presse*, assurerait aux patients notamment un examen annuel par un médecin de famille ainsi que la possibilité d'obtenir des consultations d'urgence dans un délai rapide pour un problème ponctuel et divers services reliés à la pratique médicale en cabinet.

Le ministre souhaite que la Régie établisse la nature exacte, la portée ainsi que la légalité d'une telle pratique.

#### 2. LE MANDAT D'ENQUÊTE

Le mandat d'effectuer les vérifications appropriées auprès de la CME a été confié le 4 décembre 2007 par monsieur Marc Giroux, président-directeur général par intérim de la Régie, à monsieur Normand Julien, directeur général des affaires institutionnelles.

L'enquête a été réalisée par un enquêteur de la Direction des enquêtes. Ce dernier, conformément à la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec* (L.R.Q., chapitre R-5), est investi des pouvoirs et immunités des commissaires nommés en vertu de la *Loi sur les commissions d'enquête* (L.R.Q., chapitre C-37).

De tels pouvoirs autorisent un enquêteur désigné de la Régie, à interroger toute personne et à demander la production de papiers, livres, documents ou écrits qu'il estime nécessaire au déroulement de l'enquête.

---

<sup>1</sup> Voir annexe 1

<sup>2</sup> Voir annexe 2

L'objectif de cette enquête consiste à effectuer toutes les vérifications nécessaires auprès de la CME afin d'établir la nature, la portée et la légalité d'une telle pratique, en vue de permettre à la Régie d'intervenir, le cas échéant, s'il devait s'avérer que celle-ci contrevienne à la *Loi sur l'assurance maladie*.

### 3. LA MÉTHODOLOGIE D'ENQUÊTE

Cette enquête a été réalisée selon un processus qui comporte quatre phases :

- détermination des moyens devant être déployés en vue de l'objectif à atteindre ;
- réalisation des interventions dans le respect de l'objectif du mandat confié ;
- collecte de toute information pertinente au mandat, incluant l'expertise provenant de secteurs opérationnels de la Régie ;
- analyse exhaustive de l'ensemble des éléments recueillis et évaluation de la qualité de ceux-ci.

Parmi les interventions réalisées, mentionnons que deux rencontres et plusieurs entretiens téléphoniques ont eu lieu avec les représentants de la CME.

Des échanges ont également eu lieu avec des personnes assurées auprès de la Régie et avec des médecins participant au régime d'assurance maladie du Québec.

### 4. LES PRINCIPALES ASSISES LÉGALES

Les principales dispositions de la *Loi sur l'assurance maladie* qui sont en cause dans la présente enquête sont les suivantes :

- Article 22, quatrième alinéa de la *Loi sur l'assurance maladie*

« 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 en vertu des alinéas qui précèdent (...). ».
- Article 22, neuvième alinéa de la *Loi sur l'assurance maladie*

« Il est interdit 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 rendu par un professionnel soumis à l'application d'une entente ou par un professionnel désengagé, sauf dans les cas prescrits ou prévus dans une entente et aux conditions qui y sont mentionnées. ».

- Article 22.0.0.1 de la *Loi sur l'assurance maladie*  
(Date d'entrée en vigueur : 13 juin 2007)

« Un médecin soumis à l'application d'une entente ou un médecin désengagé qui exerce dans un cabinet privé ou un médecin soumis à l'application d'une entente qui exerce dans un centre médical spécialisé au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2) doit afficher à la vue du public, dans la salle d'attente du cabinet ou du centre médical spécialisé où il exerce, le tarif des services, fournitures et frais accessoires prescrits ou prévus dans une entente qu'il peut réclamer d'une personne assurée, conformément au neuvième alinéa de l'article 22, ainsi que celui des services médicaux qu'il rend et qui sont non assurés ou non considérés comme assurés par règlement. Une même affiche peut servir pour les médecins qui ont une salle d'attente en commun.

Réclamation interdite.

Aucune autre somme d'argent que celle affichée conformément au premier alinéa ne peut être réclamée d'une personne assurée, directement ou indirectement, pour l'obtention d'un service médical dans un cabinet privé ou dans un centre médical spécialisé.

Facture détaillée.

Lorsqu'un paiement est exigé d'une personne assurée, une facture détaillée doit lui être remise. Cette facture doit indiquer le tarif réclamé pour chacun des services, fournitures et frais accessoires et pour chacun des services médicaux non assurés ou non considérés comme assurés.

Mention.

L'affiche prévue au premier alinéa et la facture doivent faire mention du recours prévu au premier alinéa de l'article 22.0.1.

Service non assuré.

Pour l'application du présent article ou de toute autre disposition de la présente loi, un service non assuré ou un service non considéré comme assuré est réputé demeurer un service non assuré ou un service non considéré comme assuré même s'il est requis avant la dispensation d'un service assuré, lors de sa dispensation ou à la suite de celle-ci. Il en est de même à l'égard des services, fournitures et frais accessoires visés au premier alinéa. ».

## 5. L'EXAMEN DES FAITS RECUEILLIS

### Informations générales sur la CME

La CME est une société en nom collectif immatriculée auprès du Registraire des entreprises du Québec le 2 février 2006. Elle est située au 11, boulevard Samson, bureau 202, Laval (Québec) H7X 3S5. Ses associés sont les D<sup>rs</sup> Anabel Gonzalez Lorenzo et Rabi Kiderchah. Ils sont tous les deux des médecins omnipraticiens participant au régime d'assurance maladie du Québec.

La CME possède deux points de services, l'un au 11, boulevard Samson, bureau 202, Laval (Québec) H7X 3S5 et l'autre au 75, boulevard des Châteaux, bureau 206, Blainville (Québec) J7B 2A4.

La clinique de Laval est en opération depuis juin 2006 alors que celle de Blainville l'est depuis septembre 2007. Cette dernière était ouverte, avant cette date, mais uniquement pour des services esthétiques non assurés par la Régie.

La CME offre des services, sur rendez-vous uniquement, dans les domaines suivants : médecine générale et préventive, services pour entreprises, obésité, gynécologie, dépistage MTS et médecine esthétique. Elle est ouverte de 9 h à 17 h les lundis, mercredis et vendredis et de 12 h à 20 h les mardis et jeudis.

Outre les deux associés mentionnés précédemment, trois autres médecins participant au régime d'assurance maladie du Québec pratiquent à temps partiel à la CME, soit deux omnipraticiens et un spécialiste.

### Offre de services de la CME

Selon la direction de la CME, toute personne à la recherche d'un suivi médical auprès d'un médecin pratiquant à la CME a l'obligation d'adhérer à un contrat d'engagement annuel nommé Plan Élite, dans lequel les modalités de prestation des services assurés et non assurés par la Régie sont définies. Il n'est donc pas possible pour une personne de rencontrer un médecin de la clinique si elle ne signe pas ce contrat, sauf pour les personnes qui désirent uniquement un bilan de santé ou un bilan gynécologique dont les analyses sont effectuées par une entreprise privée. Dans ces cas-ci, le médecin ne prendra pas en charge le suivi médical du patient par la suite à moins qu'il ne décide d'adhérer au Plan Élite. Ce dernier se divise en trois volets :

#### **Volet 1 : Services assurés par la Régie (aucuns frais pour les personnes assurées)**

Selon la direction de la CME, le premier volet du Plan Élite prévoit les modalités de prestation des services médicaux assurés par la Régie, tels que les examens physiques dans le cadre d'une visite annuelle ou d'une visite d'urgence mineure. Le Plan Élite prévoit que le patient aura un suivi médical pour un an par un médecin de famille et qu'il pourra également consulter pour des visites d'urgence mineure sur rendez-vous

et dans un délai rapide selon la gravité de la situation. Selon la direction de la CME, le patient ne débourse aucuns frais pour le volet 1. Les services offerts sont couverts par la Régie.

**Volet 2 : Forfait pour les services non assurés par la Régie  
(Plan Élite à partir de 400 \$)**

Selon la direction de la CME, le deuxième volet du Plan Élite (contrat d'engagement) prévoit les tarifs pour les services non assurés par la Régie. Dans le but de faciliter la gestion de ces services et la prise en charge complète de ses patients, la CME demande que chaque patient adhère à un forfait annuel pour les services non assurés par la Régie, nommé également Plan Élite. L'adhésion à ce forfait n'est toutefois pas obligatoire. Dans la mesure où le patient ne désire pas y adhérer, il doit signer un contrat dans lequel il s'engage à défrayer à la pièce, lorsque requis, selon les tarifs proposés par la clinique, les frais des services non assurés par la Régie. Le forfait pour les services non assurés par la Régie coûte 400 \$ pour la formule individuelle et 700 \$ pour la formule familiale.

La liste des services non assurés par la Régie est affichée à la vue des patients. Elle indique que le Plan Élite (forfait) vise à couvrir le coût des services non assurés par la Régie.

Le point 8 de cette liste mentionne le recours prévu à l'article 22.0.1 de la *Loi sur l'assurance maladie* pour obtenir le remboursement des frais perçus pour un service assuré.

Une lettre explicative concernant le forfait annuel pour la couverture des services médicaux non assurés par la Régie, selon un modèle proposé par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), est également affichée.

En date du 11 avril 2008, cette lettre explicative et la liste des services non assurés par la Régie n'étaient pas remises systématiquement aux patients lors de leur adhésion à l'un des forfaits offerts par la CME.

**Volet 3 : Forfait pour les services non assurés par la Régie incluant un bilan de santé préventif (Plan Élite Plus à partir de 700 \$)**

Selon la direction de la CME, le troisième volet du Plan Élite (contrat d'engagement) prévoit, en plus du forfait pour les services non assurés (volet 2), la possibilité d'obtenir un bilan de santé préventif comprenant des analyses effectuées par un laboratoire privé. Ce forfait, appelé Plan Élite Plus, coûte 700 \$ pour la formule individuelle et 1 300 \$ pour la formule familiale.

Le bilan de santé préventif comprend un examen médical complet, les prises de sang, une analyse d'urine et un ECG au repos. La direction de la CME a précisé que les frais exigés aux patients pour le bilan de santé préventif couvrent uniquement les

analyses effectuées par un laboratoire privé. L'examen médical complet est facturé à la Régie par les médecins de la clinique.

Dans le cadre du Plan Élite Plus, les prélèvements sanguins sont effectués par une infirmière de la CME et les analyses de laboratoire ne sont pas précédées, dans le cadre d'un bilan de santé préventif, d'un examen médical selon les explications fournies par la direction de la CME. La technique de l'ECG au repos est effectuée par une infirmière de la clinique et son interprétation par le médecin traitant du patient.

Pour les patients qui n'adhèrent pas au Plan Élite Plus - mais qui ont payé le forfait pour les services non assurés (Plan Élite) - et qui veulent un bilan de santé, la clinique leur offre le choix d'utiliser les services du réseau public sans frais ou du réseau privé au coût d'environ 400 \$ selon les tests effectués. Dans ce contexte, lorsque le patient choisit le réseau public, les prises de sang sont effectuées par une infirmière du CLSC ou d'un centre hospitalier. Lorsque le patient doit passer d'autres tests non inclus dans le bilan de santé préventif, la clinique lui offre également le choix de les faire dans le réseau public sans frais (CLSC ou centre hospitalier) ou à la clinique avec frais puisque les analyses sont effectuées par un laboratoire privé. À cet effet, il a été constaté, dans certains dossiers médicaux, que des analyses de laboratoire avaient effectivement été effectuées dans le réseau public.

Le *Formulaire d'adhésion à un forfait annuel pour les services non assurés par la RAMQ* (le contrat d'engagement) indique que la liste des services non assurés est disponible à la réception et qu'un avis de renouvellement d'adhésion parviendra au patient à l'échéance du contrat.

Une facture indiquant le forfait choisi et son prix est remise aux adhérents. Cette facture ne fait pas mention du recours prévu à l'article 22.0.1 de la *Loi sur l'assurance maladie*.

Selon la direction de la CME, que les patients adhèrent ou non à l'un des forfaits offerts, ils ont tous les mêmes avantages.

La direction de la CME a mentionné s'être inspirée de la documentation disponible sur le site Internet de la FMOQ pour mettre en place leurs forfaits.

#### Autres services offerts par la CME

##### **Bilan de santé préventif**

Selon la direction de la CME, pour les patients qui n'adhèrent pas au Plan Élite (aucun suivi médical) et qui veulent un bilan de santé, la clinique leur facture 400 \$ pour les analyses effectuées par un laboratoire privé. L'examen médical est facturé par le médecin à la Régie. Normalement, ces patients ont un médecin de famille, mais ont recours à la CME pour ce type de service seulement.

## **Bilan gynécologique**

Selon la direction de la CME, pour les patientes qui n'adhèrent pas au Plan Élite (aucun suivi médical) et qui veulent un bilan gynécologique avec PAP test en milieu liquide, la clinique leur réclame 150 \$ pour le test uniquement. L'examen médical est facturé par le médecin à la Régie. Normalement, ces patientes ont un médecin de famille, mais ont recours à la CME pour ce type de service seulement.

### Description des principaux services offerts par la CME selon la documentation disponible

La description des principaux services offerts par la CME, que l'on retrouve sur son site Internet en date du 19 février 2008 et sur ses documents promotionnels, inclut des services assurés par la Régie :

#### **Pour le Plan Élite :**

- inscription au programme de médecine préventive Élite ;
- dossier informatisé ;
- examen physique complet ;
- suivi personnalisé par un des médecins omnipraticiens ;
- suivi personnalisé des résultats des consultations en spécialité médicale ;
- accès privilégié à la clinique pour consultation d'urgence mineure ;
- services médico-administratifs.

Coûts : 400 \$ pour le plan individuel et 700 \$ pour le plan familial.

#### **Pour le Plan Élite Plus :**

- Les éléments du Plan Élite auxquels s'ajoute un bilan de santé dont les analyses de laboratoire sont effectuées par une entreprise privée.

Coûts : 700 \$ pour le plan individuel et 1 300 \$ pour le plan familial.

#### **Pour le bilan de santé préventif :**

- bilan sanguin complet et analyse d'urine ;
- ECG au repos ;
- bilan cholestérol ;
- dépistage du diabète ;
- bilan thyroïdien ;
- dépistage du cancer de la prostate ;
- dépistage du cancer du col de l'utérus ;
- comprend également une consultation pour l'interprétation des résultats d'analyse et un examen physique complet.

Coûts : 400 \$ pour une personne et 700 \$ pour un couple.

### **Pour le bilan gynécologique :**

- comprend un examen gynécologique et un PAP test en milieu liquide.

Coût : 150 \$.

### Avantages des Plan Élite et Plan Élite Plus

Selon les informations disponibles sur le site Internet de la CME consulté le 19 février 2008, les avantages des plans annuels Élite sont les suivants :

- suivi médical personnalisé (axé sur la prévention et non l'attente de la maladie pour agir) ;
- dépistage et prise en charge des maladies chroniques ;
- nombre de visite illimité (suivi ou urgence mineure) ;
- rendez-vous rapide sans attente (suivi ou urgence mineure) ;
- temps de consultation étendu ;
- assistance à la prise de rendez-vous en spécialité médicale et suivi personnalisé ;
- suivi des bébés, enfants, adolescents, adultes et personnes âgées ;
- examen gynécologique et santé de la femme ;
- services pour les enfants à charge de 18 ans et moins sans frais supplémentaires.

### Analyse de dossiers médicaux de patients de la CME

Peu de données concernant des services non assurés par la Régie ont été retrouvées dans les dossiers de patients de la CME analysés.

### Investigation téléphonique auprès de patients de la CME

Une investigation téléphonique a été effectuée auprès de plusieurs personnes assurées choisies de manière aléatoire parmi toutes les personnes pour lesquelles des services avaient été facturés à la Régie par les médecins de la CME. Voici les principaux constats ressortis des entretiens téléphoniques :

- 42 % des personnes assurées ont perçu que l'adhésion à un forfait (Plan Élite ou Plan Élite Plus) était nécessaire pour obtenir un rendez-vous avec un médecin de la CME ;
- 71 % des personnes assurées ont compris que les examens médicaux payés par la Régie étaient inclus dans leur forfait ;
- plusieurs personnes assurées ont mentionné être étonnées que des services aient été facturés à la Régie en leur nom par les médecins de la CME. Ces personnes avaient compris qu'il s'agissait d'une clinique privée où l'on doit déboursier pour tous les services offerts ;

- plusieurs personnes dont le bilan de santé préventif n'était pas inclus dans leur forfait ont mentionné que la CME leur avait offert le choix entre le réseau public (sans frais) et le réseau privé (aux coûts de 400 \$ pour un individu et 700 \$ pour une famille) pour les analyses de laboratoire ;
- les réponses obtenues des personnes assurées lors du sondage téléphonique n'ont pas permis de conclure que le montant déboursé pour l'un des forfaits offerts par la CME s'applique de façon significative à des services non assurés. La très grande majorité des gens ont mentionné être allés à la clinique pour un bilan de santé ou pour un examen médical.

Il est difficile pour les personnes assurées de faire la distinction entre une clinique privée (médecins non participants) où tous les services peuvent légalement leur être facturés et une clinique privée (médecins participants) où les services assurés par la Régie ne peuvent leur être facturés.

#### Précisions de la direction de la CME

Selon la direction de la CME, les patients ne paient aucuns frais pour obtenir des consultations avec les médecins participant au régime d'assurance maladie du Québec ni pour obtenir des services assurés par la *Loi sur l'assurance maladie*. Les frais facturés aux patients dans le cadre du Plan Élite ou du Plan Élite Plus couvrent, sous forme de forfaits, les services non assurés par la Régie, notamment certains rapports médicaux, les consultations téléphoniques, les ordonnances téléphoniques, les consultations pour renouvellement d'ordonnances, les analyses de laboratoire effectuées par une entreprise privée, etc.

Selon la direction de la CME, chaque patient est dûment informé par la secrétaire que les frais payés couvrent les services non assurés par la Régie. Les médecins le rappellent aux patients au besoin.

Selon la direction de la CME, l'adhésion à un forfait n'est pas obligatoire pour obtenir un rendez-vous avec un médecin. À cet effet, des personnes assurées ont mentionné avoir obtenu un rendez-vous avec un médecin de la clinique sans avoir adhéré à un forfait.

La direction de la CME a mentionné son intention de modifier tout son matériel promotionnel pour inclure une mention selon laquelle les frais chargés aux patients couvrent, soit des services non assurés par la Régie ou les frais d'analyses effectuées par un laboratoire privé. À cet effet, la précision suivante avait été ajoutée au site Internet de la CME consulté le 16 avril 2008 : « N.B. : Les examens et consultations médicaux effectués sont couverts par la RAMQ. Tout frais relié aux services de la clinique couvrent soit, des services non assurés par la RAMQ ou des frais d'analyse en laboratoire privé » (sic).

### Autres informations pertinentes

Selon les informations obtenues de la direction de la CME, les médecins ne reçoivent aucun montant de la clinique ou des patients pour des services assurés par la Régie.

Selon les explications fournies par la direction de la CME, pour les services non assurés par la Régie rendus à un patient qui a adhéré au Plan Élite ou au Plan Élite Plus, les médecins pratiquant à temps partiel ne reçoivent aucun montant de la clinique ou des patients. En contrepartie, la clinique ne leur charge aucuns frais d'administration pour y pratiquer. Pour les services non assurés par la Régie rendus à un patient qui n'a pas adhéré à l'un des forfaits offerts par la clinique, les montants prévus à cet effet sont versés directement au médecin qui rend le service.

Deux médecins pratiquant à temps partiel à la CME ont corroboré certains renseignements obtenus dans le cadre de l'enquête à l'effet que la CME offre des forfaits pour les services non assurés par la Régie. Ils ont confirmé qu'ils ne reçoivent aucun montant de la clinique ni des personnes assurées relativement aux services assurés. Ils ne reçoivent que la rémunération versée par la Régie pour les examens effectués. Ils ont également confirmé que la CME ne leur réclame aucuns frais d'administration pour y pratiquer.

Le coût moyen annuel, par personne assurée, pour les services assurés facturés à la Régie par les médecins de la CME entre le 12 juin 2007 et le 11 juin 2008 est de 101 \$.

Le nombre moyen annuel de services reçus, par personne assurée, entre le 12 juin 2007 et le 11 juin 2008, est de 2,47 services.

Un des associés de la CME a mentionné que les services non assurés sont documentés dans les dossiers médicaux. Une attention particulière à cet effet a d'ailleurs été apportée depuis le début de l'enquête. Celui-ci a également mentionné que les renouvellements de prescriptions, les consultations téléphoniques, les rapports pour arrêt de travail sont parmi les services non assurés les plus fréquents.

## 6. LA CONCLUSION

### Sur les faits de l'enquête

Les faits, les déclarations et les documents recueillis en cours d'enquête permettent de conclure que :

- plusieurs personnes assurées ont perçu que l'adhésion à un forfait offert par la CME était nécessaire pour obtenir un rendez-vous avec un médecin ;
- plusieurs personnes assurées ont perçu que les examens médicaux payés par la Régie étaient inclus dans le prix des forfaits offerts par la CME ;
- la documentation promotionnelle produite par la CME inclut les services médicaux dans le coût des forfaits ;
- les factures remises aux personnes assurées par la CME ne font pas mention du recours prévu à l'article 22.0.1 de la *Loi sur l'assurance maladie* ;
- selon la direction de la CME, les frais exigés aux personnes assurées le sont uniquement pour des services et des frais non assurés par la Régie ;
- peu de services non assurés ont été retrouvés dans les dossiers médicaux analysés ;
- selon la direction de la CME, l'adhésion à un forfait n'est pas obligatoire pour obtenir un rendez-vous avec un médecin. À cet effet, des personnes assurées ont mentionné avoir obtenu un rendez-vous avec un médecin de la clinique sans avoir adhéré à un forfait ;
- les médecins pratiquant à la CME ne reçoivent que la rémunération versée par la Régie pour les examens effectués aux personnes assurées ;
- les médecins pratiquant à la CME ne paient aucuns frais d'administration ;
- la direction de la CME a démontré sa volonté de dissiper tout doute concernant son offre de service et elle a notamment, à cet effet, modifié son site Internet pour y mentionner clairement que les consultations et les examens médicaux effectués sont couverts par la Régie et que les frais reliés aux services de la clinique couvrent soit des services non assurés par la Régie ou des frais d'analyse en laboratoire privé.

### Sur la légalité de la pratique

Selon la Régie, depuis l'entrée en vigueur le 13 juin 2007 de l'article 22.0.0.1 de la *Loi sur l'assurance maladie*, les forfaits annuels visant la dispensation éventuelle de services non assurés, ou un service, une fourniture ou des frais accessoires à un service assuré sont illégaux et nuls de nullité absolue. En effet, en vertu du troisième alinéa de cet article, qui est une disposition d'ordre public, lorsqu'un paiement est exigé d'une personne assurée pour des services mentionnés précédemment, une facture détaillée doit lui être remise et indiquer le tarif réclamé pour chacun de ces services. Or, la remise d'une facture détaillée présuppose que les services non assurés ont été rendus ou exécutés, alors que les personnes assurées qui adhèrent aux Plans Élite ou Élite Plus paient pour les services mentionnés précédemment qui n'ont pas encore été rendus ou exécutés lors du paiement et qui, possiblement, ne seront pas rendus ou exécutés au cours de la période couverte par le contrat.

### Les suites

La Régie a informé :

- o la CME des conclusions de cette enquête sur le fait que les forfaits annuels visant la dispensation éventuelle de services non assurés ou un service, une fourniture ou des frais accessoires à un service assuré sont illégaux depuis le 13 juin 2007 et a demandé de prendre les mesures nécessaires pour se conformer à la loi ;
- o la FMOQ que les forfaits annuels visant la dispensation éventuelle de services non assurés ou un service, une fourniture ou des frais accessoires à un service assuré sont illégaux depuis le 13 juin 2007 ;
- o le Collège des médecins du Québec (CMQ) que les forfaits annuels visant la dispensation éventuelle de services non assurés ou un service, une fourniture ou des frais accessoires à un service assuré sont illégaux depuis le 13 juin 2007. Par ailleurs, la Régie a porté à l'attention du CMQ le fait que la CME ne réclame aucuns frais d'administration aux médecins qui y pratiquent.

M. Normand Julien  
Directeur général des affaires institutionnelles

23 septembre 2008

## ANNEXE 1

*Lettre du 29 novembre 2007 du ministre de la Santé et des Services sociaux à  
M. Marc Giroux, président-directeur général par intérim,  
de la Régie de l'assurance maladie du Québec*

Québec, le 29 novembre 2007

Monsieur Marc Giroux,  
Président-directeur général par intérim  
Régie de l'assurance maladie du Québec  
1125, chemin Saint-Louis  
Québec (Québec) G1S 1E7

Monsieur,

Récemment, le quotidien *La Presse* révélait qu'une clinique médicale privée, la clinique Élite, proposerait à ses clients l'accès à des médecins omnipraticiens qui accepteraient de prendre de nouveaux patients. Toutefois, en contrepartie, ces clients devraient adhérer à un plan annuel de services médicaux pour une somme variant entre 400 \$ et 700 \$. Ce plan de services, toujours selon *La Presse*, assurerait aux patients un examen annuel par un médecin de famille ainsi que la possibilité d'obtenir des consultations d'urgence, des consultations téléphoniques et divers autres services reliés à la pratique médicale en cabinet.

J'ai déjà eu l'occasion de communiquer à quelques reprises avec votre prédécesseur concernant certaines pratiques de médecins exerçant en clinique privée qui pourraient constituer de possibles manquements à la Loi sur l'assurance maladie. J'avais alors requis la collaboration de la Régie afin de mener des enquêtes sur ces situations.

Compte tenu de ces nouvelles informations relatées par *La Presse*, il m'apparaît à nouveau nécessaire que la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) effectue rapidement les vérifications appropriées auprès de la clinique médicale Élite afin d'établir si, effectivement, l'accès à un médecin de famille est tributaire de l'adhésion, moyennant finances, à un plan annuel de services médicaux auprès de la clinique en cause. Si tel est le cas, j'apprécierais également que vous établissiez la nature exacte, la portée ainsi que la légalité d'une telle pratique.

...2

Vous comprendrez aisément que, dans un système de santé qui se veut ouvert à l'ensemble de la population sans égard à la capacité de payer des patients, il serait inacceptable que l'accès à un médecin varie selon la capacité de payer de chaque citoyen.

Compte tenu de l'inquiétude que de tels agissements peuvent créer dans la population quant à la pérennité du système public de santé au Québec, je vous saurais gré d'agir rapidement et de m'informer des mesures prises pour donner suite à la présente.

Je vous remercie de votre habituelle collaboration et vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Le ministre,

Philippe Couillard

## **ANNEXE 2**

*Article publié le 25 octobre 2007 dans le quotidien La Presse*

# Une autre clinique privée ouvre ses portes

PASCALE BRETON

Sous prétexte d'offrir un meilleur service, une autre clinique privée fait payer des centaines de dollars à ses patients pour voir un médecin du réseau public. Une pratique qui soulève des questions éthiques selon le ministère de la Santé.

La clinique Élite, qui a des points de services situés à Blainville et à Laval, se décrit comme une clinique médicale privée, mais où travaillent des médecins du public. Les omnipraticiens acceptent de voir de nouveaux patients. En contrepartie, ces derniers doivent adhérer à un plan annuel de services médicaux au coût de 400\$ ou 700\$ pour une famille.

Une pratique qui soulève des doutes au Ministère. À la lumière des informations qui lui ont été rapportées par *La Presse* hier, le cabinet du ministre de la Santé et des Services sociaux, Philippe Couillard, demandera d'ailleurs à la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) d'ouvrir une enquête.

Le plan annuel, offert tant sur l'internet qu'au téléphone, lorsque le patient appelle à la clinique, lui assure un examen annuel avec un

médecin de famille et des consultations d'urgence dans un délai rapide pour un problème ponctuel.

Il a aussi droit à des consultations téléphoniques, au renouvellement de médicaments par téléphone et à des formulaires administratifs, comme ceux parfois demandés par un employeur. Ce sont des frais qui ne sont pas couverts par la Loi sur l'assurance maladie.

L'administrateur de la clinique Élite, M<sup>e</sup> Vincent Fillion, ne voit aucun problème dans cette pratique. « Nous recherchons une clientèle qui est prête à payer pour avoir un service de qualité. »

Contrairement aux cliniques « du réseau public », le médecin a plus de temps à consacrer à son patient, explique M<sup>e</sup> Fillion: une quinzaine de minutes pour une urgence et de 30 à 60 minutes pour un rendez-vous annuel.

Les patients ne seraient pas obligés, « mais fortement incités »,

à adhérer au plan, ajoute l'administrateur. « C'est certain que nous mettons l'accent là-dessus. Nous incitons les gens à le prendre. Tous nos clients ou presque ont adhéré au plan. »

M<sup>e</sup> Fillion reconnaît que cette pratique peut donner l'impression d'un système distinct entre ceux qui ont les moyens de payer et les autres.

« C'est vrai que ça peut ressembler à ça. Mais de plus en plus, les gens commencent à prévoir leur budget en fonction de ça (les frais). C'est certain que les gens très pauvres ne pourront se le payer, mais nous avons des personnes issues de la classe moyenne qui décident de payer parce qu'elles ne trouvent pas de médecin. C'est un peu le dernier recours. »

Pour le Ministère, cette situation soulève toutefois d'importantes questions éthiques. La capacité de payer ne doit pas être une limite

« Nous nous posons toujours la question de l'éthique et du paradoxe qui existe quand des médecins acceptent de nouveaux patients alors qu'ils disent toujours qu'ils n'ont pas de place quand les agences régionales les appellent. »

pour un patient, souligne Isabelle Merizzi, attachée de presse du ministre Philippe Couillard.

Déjà, le cabinet a indiqué qu'une vérification sera demandée à la RAMQ, comme ce fut le cas pour d'autres cliniques privées au cours des derniers mois.

« Nous nous posons toujours la question de l'éthique et du paradoxe qui existe quand des médecins acceptent de nouveaux patients alors qu'ils disent toujours

qu'ils n'ont pas de place quand les agences régionales les appellent », souligne aussi M<sup>me</sup> Merizzi.

De nombreux malades chroniques, des personnes âgées ou de jeunes familles sont inscrites auprès de ces agences pour obtenir un accès à un médecin de famille.

Récemment, la RAMQ a blâmé les cliniques Opimédic et Rockland MD pour avoir facturé des frais accessoires à des patients alors qu'elles n'auraient pas dû.

La clinique médicale Bois-Francis, qui facturait 397\$ à ses patients pour un bilan préventif avant de voir le médecin, a pour sa part été blanchie. Mais elle a revu sa pratique qui n'était pas nécessairement déontologique aux yeux du Collège des médecins.

Dans le cas de la clinique Élite, le président du Collège, le D<sup>r</sup> Yves Lamontagne, ne voit pas de problème déontologique. Mais la question du privé doit être précisée, croit-il. « Nous sommes dans un flou juridique qui, malheureusement, va donner lieu à toutes sortes d'entreprises qui vont essayer de passer dans les mailles du filet. »

Les pratiques où le patient doit payer de sa poche semblent se multiplier, souligne pour sa part Marie-Claude Prémont, juriste et vice-doyenne aux études supérieures de la faculté de droit de l'Université McGill.

« On crée certainement une impression dans l'esprit de la population qu'il est difficile d'avoir accès à un médecin. On leur dit que, puisque c'est difficile, on offre un service tout de suite, mais le patient doit payer », constate M<sup>me</sup> Prémont.