

À LA DÉFENSE DE L'ASSURANCE SANTÉ

Un guide concernant
la législation et
la réglementation
canadiennes

TABLE DES MATIÈRES

| | | |
|----|--|----|
| 1 | Sommaire..... | 2 |
| 2 | Introduction..... | 5 |
| 3 | Inscription et radiation de services..... | 7 |
| 4 | Exclusions en vertu de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> | 9 |
| 5 | Assurance santé privée..... | 10 |
| 6 | Subventions de l'État au secteur à but lucratif..... | 13 |
| 7 | Surfacturation..... | 14 |
| 8 | Frais modérateurs..... | 15 |
| 9 | Combinaison de services assurés et de services non assurés..... | 16 |
| 10 | Honoraires forfaitaires..... | 18 |
| 11 | Resquillage..... | 21 |
| 12 | Ristournes clandestines et renvois directs..... | 24 |
| 13 | Hôpitaux de type PPP..... | 27 |
| 14 | Mesures d'application..... | 30 |

Recherche du SCFP
Janvier 2008

Inspiré d'une analyse juridique réalisée par Steven Shrybman
ISBN 978-0-9809296-0-7

SOMMAIRE

La privatisation mine notre système public de soins de santé sous des angles nouveaux et à un rythme sans cesse plus rapide. Le secteur à but lucratif et ses alliés au sein de l'État et de l'appareil judiciaire trouvent de nouveaux moyens d'incursion pour l'assurance privée, la prestation de services à but lucratif et le système d'accès à deux paliers (aussi appelé « à deux vitesses »), et ce, en contournant la loi, quand ce n'est pas en l'enfreignant directement. Le présent guide est conçu pour aider les activistes à contester la privatisation des soins de santé en leur expliquant le cadre juridique qui régit actuellement le secteur des soins de santé, ainsi que la manière d'affermir ce cadre et de l'appliquer.

Pour résister aux pressions qu'exerce la privatisation, le régime d'assurance santé a besoin d'une réglementation solide. Il y a un conflit fondamental entre les visées du régime d'assurance santé, qui est axé sur le malade, et les visées du marché, qui est axé sur le profit. Il est donc nécessaire de disposer de solides mécanismes de contrôle juridiques pour protéger le régime d'assurance santé là où il coexiste avec le secteur des soins de santé à but lucratif. Les mécanismes de contrôle revêtent encore plus d'importance dans le contexte des accords de libre-échange et du rôle grandissant des centres médicaux appartenant à des investisseurs ainsi que de celui des partenariats publics privés (PPP).

Le présent guide décrit l'infrastructure juridique du régime d'assurance santé qu'intègrent la *Loi canadienne sur la santé* et les lois et les règlements connexes des provinces et des territoires dans le domaine des soins de santé, surtout en ce qui concerne les paiements

privés et la prestation de services à but lucratif. Plus précisément, le guide traite des trois éléments suivants du cadre juridique du régime d'assurance santé :

- la *Loi canadienne sur la santé*, qui expose le modèle général de régime d'assurance santé;
- les lois et les règlements des provinces, qui établissent les régimes provinciaux d'assurance santé en accord avec les critères de la *Loi canadienne sur la santé* et qui interdisent la surfacturation et les frais modérateurs, comme l'exige la Loi;
- les règles provinciales qui régissent les méthodes de fonctionnement et de facturation des fournisseurs de soins de santé, qui ne sont pas explicitement prescrites par la *Loi canadienne sur la santé* mais qui sont néanmoins essentielles à un système de soins de santé à palier unique.

Le guide est à la fois descriptif et prescriptif. Il décrit les principaux mécanismes de contrôle que comportent les lois et les règlements régissant l'assurance santé en rapport avec les paiements privés et la prestation à but lucratif de services de santé assurés, en mettant en lumière certains des meilleurs exemples et en exposant certaines des pires violations. Il recommande également des moyens d'affermir les lois et les règlements qui régissent l'assurance santé. Diverses mesures juridiques ont contribué à faire obstacle à la croissance de l'assurance privée et de la prestation à but lucratif de services médicalement nécessaires au Canada, mais les gouvernements hésitent de plus en plus à mettre ces mesures à exécution, ou les affaiblissent carrément. C'est à nous qu'il incombe de sensibiliser la population aux droits à l'assurance santé et à obliger les gouvernements à rendre des comptes.

La liste des recommandations suivantes, qui, dans le présent guide, sont présentées avec des preuves à l'appui, est axée sur le gouvernement fédéral ainsi que sur les gouvernements provinciaux et territoriaux.

- 1 Décider ce qui est inscrit et radié en se fondant sur des preuves, au moyen d'un processus transparent, justifiable et exempt de tout intérêt personnel.
- 2 Arrêter et inverser la privatisation du processus d'administration et de prestation de services de santé assurés aux groupes exclus de la *Loi canadienne sur la santé*.
- 3 Conserver et intensifier les restrictions actuellement imposées à l'assurance maladie privée.
- 4 Faire appliquer l'interdiction relative à la surfacturation.
- 5 Implanter et faire appliquer l'interdiction relative aux frais modérateurs, y compris les frais d'établissement, pour la totalité des services de santé assurés.
- 6 Interdire la combinaison de services assurés et non assurés.
- 7 Réglementer la facturation des honoraires forfaitaires.
- 8 Interdire le resquillage pour tous les services de santé assurés.
- 9 Interdire aux médecins d'offrir des ristournes clandestines à une personne quelconque ou d'en recevoir, et interdire aux médecins de renvoyer des malades vers des cliniques qu'ils possèdent ou exploitent.
- 10 Arrêter et inverser la privatisation de l'infrastructure des soins de santé.

INTRODUCTION

Le présent guide décrit le cadre juridique qui régit l'assurance santé canadienne, et il recommande plusieurs moyens d'affermir ce dernier. Il est destiné aux tenants de l'assurance santé qui s'efforcent de défendre et d'améliorer les lois et les règlements qui protègent notre système public de soins de santé.

De quoi est-il question dans ce guide?

Le présent guide traite de l'infrastructure juridique de l'assurance santé qu'intègrent la *Loi canadienne sur la santé* et les lois et les règlements connexes des provinces et des territoires dans le domaine des soins de santé¹.

C'est la *Loi canadienne sur la santé* qui expose le vaste modèle législatif régissant l'assurance santé. Pour avoir droit à des fonds du gouvernement fédéral en vertu de la Loi, chaque province et territoire doit : (1) établir un régime d'assurance santé qui cadre avec les cinq critères fixés par la Loi - administration publique, universalité, intégralité, accessibilité et transférabilité² - et (2) interdire la surfacturation et les frais modérateurs pour les services assurés. Les provinces et les territoires réglementent également les méthodes de fonctionnement et de facturation des entreprises, des institutions et des particuliers qui fournissent des services de soins de santé et de l'assurance.

Aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*, les régimes provinciaux d'assurance sont tenus de financer la totalité des services hospitaliers « médicalement nécessaires » ainsi que la totalité des services médicaux « médicalement nécessaires ». Ni l'une ni l'autre de ces expressions ne sont définies par la Loi, et aucune distinction valable n'est faite entre les deux. Par souci de simplicité, nous employons dans le présent guide le mot « nécessaire » pour tracer les limites des services médicaux et hospitaliers financés par l'État.

Un aspect particulier de ce cadre juridique – de même que le sujet principal du présent document – est la réglementation des paiements privés et de la prestation de services à but lucratif en rapport avec les services de santé assurés. À l'exception des interdictions relatives aux frais modérateurs et à la surfacturation, la *Loi canadienne sur la santé* ne prohibe pas explicitement les paiements privés relatifs aux services de santé assurés – par exemple, dans les cas où les médecins sont autorisés à se désaffilier des régimes provinciaux d'assurance santé et à facturer directement les malades. La Loi permet également de fournir des services de soins de santé à titre lucratif, dans la mesure où cela est fait d'une manière conforme aux critères de la Loi. Même si le régime canadien des soins de santé demeure financé par l'État, quand vient le temps de fournir les services de soins de santé, le système est formé d'une combinaison d'institutions à but non lucratif, de professionnels de la santé autonomes et d'entreprises à but lucratif.

6

De quoi n'est-il pas question dans ce guide?

Le présent document met en lumière un certain nombre de dispositions exemplaires présentes dans la législation provinciale, mais il ne s'agit pas d'une revue exhaustive des lois provinciales ou d'un recensement de « pratiques exemplaires ». Les lecteurs trouveront dans certains des documents de référence mentionnés plus de détails sur les lois et les règlements provinciaux, y compris des comparaisons interprovinciales.

Le présent document traite principalement des services de santé assurés. Il ne donne pas de descriptions ou ne formule pas de recommandations à propos de la réglementation des soins continus, des soins communautaires, des dispositifs médicaux, des produits pharmaceutiques ou d'autres services ou produits de santé. Il est certes crucial d'établir des règlements dans ces secteurs pour protéger l'intérêt public, mais une telle analyse déborde le cadre du présent document.

INSCRIPTION ET RADIATION DE SERVICES

RECOMMANDATION N° 1

Décider ce qui est inscrit et radié en se fondant sur des preuves, au moyen d'un processus transparent, justifiable et exempt de tout intérêt personnel. Les comités compétents devraient comporter des fournisseurs de soins de santé, des représentants de la santé issus du secteur public, de même que des défenseurs des malades et de l'intérêt public. La participation à ces comités ainsi que les processus décisionnels doivent être régis par des règles strictes en matière de conflits d'intérêts financiers. Il devrait y avoir un mécanisme pour les plaintes et les appels. Les activités et les comptes rendus de ces comités devraient être publics et faciles à consulter.

La Loi canadienne sur la santé prescrit que les régimes provinciaux d'assurance santé doivent fournir des services de santé complets. Les provinces décident quels services précis tombent sous le coup du régime public; ce sont elles qui s'occupent régulièrement d'inscrire des services et d'en radier.

L'article 9 de la Loi canadienne sur la santé indique ce qui suit :

La condition d'intégralité suppose qu'au titre du régime provincial d'assurance santé, tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes soient assurés, et lorsque la loi de la province

le permet, les services semblables ou additionnels fournis par les autres professionnels de la santé.

Les provinces énumèrent les services qui sont assurés dans des annexes accompagnant leurs lois respectives en matière d'assurance publique. Habituellement, le travail d'établissement de ces listes est confié à des comités comptant des représentants du gouvernement de la province en question ou de la profession médicale. Il est rare que ces lois comportent des dispositions quelconques en matière d'examen ou de participation du public³.

Les représentants du secteur public et la profession médicale ont des intérêts économiques qui peuvent influencer leur opinion quant aux services à financer. Pour les gouvernements, il peut s'agir du budget provincial. Pour les médecins, les services non assurés peuvent être une source de revenus additionnels. Compte tenu des conséquences possibles, le processus d'inscription ou de radiation des services doit être fondé sur des preuves et exempt de tout intérêt personnel.

8 Un sujet connexe est lié aux recours dont disposent les personnes qui constatent qu'un service particulier dont ils ont besoin n'est pas financé par l'État, soit parce que ce service a été radié de la liste, soit parce qu'il est nouveau et n'a jamais été inscrit. Dans la plupart des provinces, les particuliers sont contraints de s'adresser aux tribunaux judiciaires, mais l'Ontario, l'Alberta et la Colombie Britannique ont créé des tribunaux administratifs. À cet égard c'est en Ontario que l'on trouve le mandat le plus vaste⁴. La Commission d'appel et de révision des services de santé de l'Ontario (la « Commission ») est formée d'au moins douze membres, d'un échelon élevé et tous nommés. Par souci d'équilibre et d'indépendance, elle ne peut pas compter plus de trois membres médecins, et il ne peut y avoir aucun membre de la fonction publique.

Bien que sa structure soit saine, la Commission jouit d'un pouvoir discrétionnaire restreint pour ce qui est d'examiner les décisions relatives aux radiations ou aux non-inscriptions de services⁵. Une grande part de son travail est plutôt accaparée par des réclamations concernant le paiement de services fournis à l'extérieur du Canada, soit parce que ces services ont été fournis d'urgence à des résidents de l'Ontario pendant qu'ils étaient en voyage, soit parce qu'ils ne sont pas disponibles, ou du moins pas en temps opportun, au sein de la province. Cependant, grâce à un mandat élargi, la Commission d'appel et de révision des services de santé de l'Ontario constitue, pour les autres provinces, un bon modèle.

EXCLUSIONS EN VERTU DE LA *LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ*

RECOMMANDATION N° 2

Arrêter et inverser la privatisation du processus d'administration et de prestation de services de santé assurés aux groupes exclus de la *Loi canadienne sur la santé*.

Notre deuxième élément de recherche concernant le cadre juridique de l'assurance santé porte sur les particuliers et les groupes visés. Un nombre important de personnes et de groupes ne sont pas assurés par la *Loi canadienne sur la santé*, et le secteur privé exploite ce marché.

La *Loi canadienne sur la santé* exclut les membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada, les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral et les travailleurs accidentés visés par un régime fédéral ou provincial d'indemnisation des accidents du travail. Pour ces personnes, ce sont des assureurs tiers, et non les régimes provinciaux de santé, qui supportent les frais approuvés des soins de santé qui leur sont fournis. La Loi exclut également les personnes qui n'ont pas accompli un délai minimal de résidence dans une province ou dans un territoire (une période qui ne peut pas être supérieure à trois mois), de même

que celles qui tombent sous le coup de n'importe quelle autre loi fédérale (p. ex., les demandeurs d'asile)^{6 7}.

Un grand nombre des personnes exclues du régime financé par l'État reçoivent des soins, y compris des soins hospitaliers, de la part de fournisseurs de services à but lucratif. En fait, cette clientèle alimente la croissance des hôpitaux et des centres médicaux à but lucratif au Canada. En outre, l'administration de ces régimes de santé, qui s'adressent aux groupes exclus, est de plus en plus privatisée.

Les syndiqués qui fournissent des services d'indemnisation des accidents du travail sont conscients de l'incidence négative de la privatisation et ont adhéré au « Manifeste de Stanhope sur l'indemnisation des travailleurs »⁸. Cette déclaration demande, notamment, que les services d'indemnisation des accidents du travail soient fournis par l'État et administrés à titre non lucratif.

ASSURANCE SANTÉ PRIVÉE

RECOMMANDATION N° 3

Conserver et intensifier les restrictions actuellement imposées à l'assurance maladie privée pour les services visés par le régime public. Les provinces qui n'ont pas encore interdit l'assurance privée pour les services de santé nécessaires devraient le faire.

10

L'assurance privée destinée aux services de santé nécessaires est encore limitée au Canada, grâce en partie à des mesures juridiques. Il est important que nous conservions ces mesures et que nous les affermissions.

Nombreux sont les Canadiens qui détiennent une assurance santé privée, mais il est rare que cette dernière englobe les soins hospitaliers et médicaux nécessaires. De nombreux Canadiens bénéficient d'une telle assurance pour les services dentaires, les médicaments, les soins oculaires, les soins à domicile, les maisons de soins infirmiers et d'autres services de santé non entièrement financés par l'État⁹. En général, toutefois, il n'existe au Canada aucun marché d'assurance privée pour les services hospitaliers ou médicaux nécessaires. C'est le cas dans les cinq provinces¹⁰ qui interdisent l'assurance privée pour de tels services, et dans les cinq autres qui ne l'interdisent pas.

Le rôle de l'assurance privée pour les soins de santé nécessaires est aujourd'hui revu dans le contexte de la décision *Chaoulli* qu'a rendue la Cour suprême du Canada. En juin 2005, la Cour a décrété par une mince majorité que l'interdiction imposée par le Québec à l'égard de l'assurance privée pour les services de santé nécessaires enfreignait la Charte des droits et libertés de la personne du Québec, dans les cas où les soins financés par l'État n'étaient pas dispensés d'une manière raisonnablement opportune¹¹.

L'arrêt *Chaoulli* a été exploité par des intérêts à but lucratif dans le domaine des soins de santé. Il ne s'agit pas en soi d'un coup définitif contre le système des soins de santé à palier unique. Premièrement, son effet se limite au Québec. Aucune autre loi en matière de soins de santé n'est visée, ce qui inclut celles des autres provinces qui elles aussi interdisent l'assurance privée. Même au Québec, le

gouvernement aurait pu se conformer à la décision en montrant qu'il avait pris des mesures pour répondre aux attentes « raisonnables » en matière d'accès opportun aux soins de santé.

Mais le gouvernement québécois s'est plutôt servi de l'arrêt *Chaoulli* pour justifier l'adoption du projet de loi 33¹², qui légalise l'assurance privée pour les services hospitaliers et de santé désignés comme nécessaires, lesquels peuvent maintenant être fournis par des installations privées. Ce projet de loi introduit également un régime combiné de financement et de prestation à la fois privé et public¹³.

Le Québec s'est servi de l'arrêt *Chaoulli* comme justification pour autoriser une assurance privée pour certains services de santé nécessaires, ainsi que pour l'expansion du rôle des fournisseurs à but lucratif de tels services. Le projet de loi 33 autorise donc une assurance privée en double pour les interventions visant à « effectuer une arthroplastie prothèse totale de la hanche ou du genou, une extraction de la cataracte avec implantation d'une lentille intra-oculaire ou un autre traitement médical spécialisé »¹⁴ et déterminées par le gouvernement, conformément au nouvel article 15.1 de la Loi sur l'assurance maladie et dans les cas

où ces interventions sont exécutées en dehors d'une institution publique par des médecins non participants¹⁵.

Le projet de loi enfreint l'interdiction visant le financement privé des services hospitaliers qui existe depuis le tout début de l'assurance santé. En outre, la liste des interventions qu'il est possible d'assurer privéement peut être allongée par voie réglementaire après une étude d'un comité parlementaire¹⁶.

La compatibilité du régime québécois avec les exigences de la *Loi canadienne sur la santé* suscite de sérieuses questions. Pourquoi une personne paierait-elle de sa poche des services disponibles dans le système public si ce n'est pour avoir accès à des soins de qualité supérieure? Par ailleurs, la législation québécoise permet aux médecins désaffiliés du régime de facturer aux malades détenant une assurance privée, un montant supérieur au tarif public qui est fixé pour les interventions par ailleurs disponibles dans le système public – ce qui renforce la conclusion selon laquelle le régime autorise la prestation de soins « élitistes » à ceux qui ont les moyens de les payer.

Pour tous, sinon quelques privilégiés, l'assurance privée mine l'accès aux services, et fait augmenter les coûts que supportent les particuliers et le système

public¹⁷. Les administrations dotées de régimes d'assurance publics et privés parallèles ont fixé des cadres réglementaires complexes et coûteux, mais les assureurs sont quand même incités à réduire l'accès et à faire augmenter les coûts¹⁸. L'Australie, après avoir donné plus d'expansion au régime d'assurance santé privé dans le cadre d'un système parallèle à celui qui est envisagé au Canada, fait aujourd'hui face à des listes d'attente plus longues, à des coûts généraux plus élevés ainsi qu'à un accès illégal aux soins¹⁹. Tant la Commission Romanow que la Commission Kirby ont rejeté avec raison le modèle de l'assurance privée²⁰.

Outre les raisons de principe qui militent en faveur du maintien d'un régime à payeur unique, il existe plusieurs questions d'ordre pratique qu'il importe de garder à l'esprit. La première est que les obligations internationales du Canada en matière de commerce limiteront sérieusement la souplesse des politiques publiques si l'on permet à des investisseurs privés de jouer un rôle accru dans le système des soins de santé²¹. Les obligations qu'imposent au Canada l'*Accord de libre échange nord américain* et l'*Accord général sur le commerce des services* font qu'il est de plus en plus difficile pour les gouvernements de renoncer à la privatisation, ou même de la réduire. Si on laisse

l'assurance à but lucratif prendre de l'expansion, il pourrait être nettement plus difficile de défendre les mesures de sauvegarde décrites dans le présent guide.

Un autre enjeu est les ressources et l'influence considérables de l'industrie de l'assurance privée. Aux États Unis, ce groupe de pression a fait échec à diverses propositions, même modestes, pour réformer le système des soins de santé désespérément inefficace et inéquitable dans ce pays. Les sociétés d'assurance transnationales ne dominent pas le marché des soins de santé au Canada comme elles le font aux États Unis. Il serait bon que les choses restent ainsi.

Enfin, vu la complexité des régimes réglementaires en cause, l'interdiction de l'assurance privée constitue un filet de sécurité en cas d'échec d'autres obstacles réglementaires à la privatisation.

SUBVENTIONS DE L'ÉTAT AU SECTEUR À BUT LUCRATIF

Un système de soins de santé privé parallèle n'est viable financièrement que s'il est subventionné par l'État^{22,23}. Les règles actuellement en vigueur restreignent les fonds publics destinés aux fournisseurs qui facturent des honoraires privés, et ces règles doivent être affermies. Si les gouvernements affaiblissent ces règles ou négligent de les faire respecter, il en résultera un système de soins de santé inéquitable dans le cadre duquel quelques biens nantis obtiendront des soins plus rapidement, subventionnés par le reste d'entre nous.

Les centres médicaux et les hôpitaux privés qui facturent aux malades des services de santé nécessaires croissent lentement. Dans certaines provinces, les malades sont autorisés à acquérir ces services de santé auprès de médecins qui se sont « désaffiliés » du régime d'assurance maladie – c'est à dire qui ne facturent pas leurs services aux régimes provinciaux. Bien que certains médecins se soient désaffiliés, aucune province ne dispose d'un vaste système parallèle de soins de santé, même celles qui autorisent l'assurance privée pour des soins de santé nécessaires.

Il y a deux grandes raisons qui expliquent pourquoi le marché privé des soins de santé est restreint. Premièrement, rares sont les personnes qui sont disposées à payer de leur poche des services de santé qu'elles peuvent obtenir par l'intermédiaire du système financé par l'État. Deuxièmement, les provinces limitent l'utilisation des fonds publics servant à subventionner les soins privés, principalement en réglementant les méthodes de pratique et de facturation des médecins et des centres médicaux. La réglementation peut être soit directe (par exemple, en interdisant la surfacturation), soit indirecte (par exemple, par une réglementation professionnelle qui dissuade la prestation de services inutiles).

SURFACTURATION

RECOMMANDATION N° 4

Faire appliquer l'interdiction relative à la surfacturation.

L'interdiction relative à la surfacturation constitue une limite directe à un régime de soins à deux paliers, et cette interdiction doit être implantée et appliquée. La surfacturation est la pratique qui consiste à facturer des honoraires privés additionnels pour des services médicaux qui sont financés par l'État. Aux termes de l'article 18 de la *Loi canadienne sur la santé*, les provinces sont tenues d'interdire cette pratique²⁴. Le texte de l'article 18 est le suivant :

Une province n'a droit, pour un exercice, à la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 que si, aux termes de son régime d'assurance santé, elle ne permet pas pour cet exercice le versement de montants à l'égard des services de santé assurés qui ont fait l'objet de surfacturation par les médecins ou les dentistes.

Habituellement, les provinces s'acquittent de leur obligation en interdisant aux médecins de recevoir, d'une source autre que le régime provincial d'assurance maladie, un paiement pour des services de santé assurés²⁵.

Aux termes de la Loi canadienne sur la santé, le gouvernement fédéral doit automatiquement retenir les fonds fédéraux destinés aux provinces qui autorisent la surfacturation²⁶. La pénalité imposée doit équivaloir au montant de la surfacturation²⁷. Des transferts fédéraux ont été retenus à plusieurs reprises pour cette raison²⁸.

Néanmoins, l'application, par le gouvernement fédéral, de la *Loi canadienne sur la santé* est notoirement laxiste²⁹ et, par ricochet, cette situation a permis à certaines provinces de faire abstraction du non respect grandissant de leur propre réglementation contre la surfacturation.

FRAIS MODÉRATEURS

RECOMMANDATION N° 5

Implanter et faire appliquer l'interdiction relative aux frais modérateurs, y compris les frais d'établissement, pour la totalité des services de santé assurés.

Comme dans le cas de la surfacturation, l'interdiction relative aux frais modérateurs est un mécanisme de contrôle direct sur un régime de soins à deux paliers; ce mécanisme doit être inclus dans la législation provinciale et appliqué par le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux. Les frais modérateurs interdits doivent explicitement englober les frais d'établissement et s'appliquer à tous les services de santé assurés, et non pas seulement aux services chirurgicaux.

La *Loi canadienne sur la santé* définit les « services de santé assurés » de façon à inclure les services médicaux et hospitaliers, et elle interdit l'imposition de frais modérateurs pour de tels services. L'avènement des centres médicaux privés signifie que de nombreux services hospitaliers classiques, tels que les services diagnostiques et les interventions chirurgicales de jour, sont fournis en dehors des hôpitaux.

En 1995, Diane Marleau, la ministre de la Santé de l'époque, a pris une mesure importante pour préserver l'assurance santé en informant ses collègues des provinces que les « services hospitaliers » seraient considérés comme assujettis à la Loi même s'ils étaient fournis dans des centres médicaux privés. Cela signifiait que les centres médicaux privés ne seraient pas en mesure de facturer en privé des malades pour un service assuré, y compris les frais d'établissement et les frais connexes. La plupart des provinces ont depuis ce temps interdit la facturation directe pour les frais d'établissement³⁰.

Cependant, certaines provinces n'ont pas tenu compte des vues de la ministre et ont permis à des centres médicaux privés de facturer privément des services diagnostiques et chirurgicaux qui devraient être financés par l'État parce qu'il s'agit de services hospitaliers clairement nécessaires, au sens de la *Loi canadienne sur la santé*³¹.

COMBINAISON DE SERVICES ASSURÉS ET DE SERVICES NON ASSURÉS

RECOMMANDATION N° 6

Interdire la combinaison de services assurés et non assurés, et ce, à tout le moins :

- en interdisant aux médecins de travailler à la fois dans le système public et dans le système privé;
- en interdisant aux centres médicaux privés de combiner la prestation de services assurés et de services non assurés, sous réserve uniquement d'exceptions restreintes dans les cas où d'autres fournisseurs ne sont pas disponibles³².

16

Empêchés de recourir à la surfacturation et de facturer des frais modérateurs, certains médecins et centres médicaux privés ont trouvé des moyens moins directs de compléter les revenus qu'ils touchent du régime d'assurance public. Le mécanisme le plus fréquent consiste à facturer aux malades des services non assurés.

Comme nous l'avons mentionné plus tôt, ce sont les provinces qui décident ce qui est inclus dans la liste des services de santé assurés. À des degrés divers dans tout le pays, certains services et produits de santé se situent en dehors de l'enveloppe du financement de l'État. En voici quelques exemples : les services de physiothérapie, certaines interventions chirurgicales d'ordre

esthétique, certains tests diagnostiques spécialisés, ainsi que des dispositifs améliorés, comme un plâtre en fibre de verre plutôt que le plâtre classique.

L'étiquetage douteux de certains services de santé en tant que services « non nécessaires » – situation à laquelle on donne parfois le nom de « glissement définitionnel » – peut être la source de resquillage et de conflits d'intérêts. Par exemple, un examen IRM complet peut ne pas être considéré comme un service « nécessaire » pour une personne qui souffre de douleurs à la hanche. Cependant, en faisant faire cet examen, on pourrait diagnostiquer que la personne a besoin d'un remplacement de hanche et cette dernière se retrouverait plus rapidement dans la file d'attente pour

un remplacement de hanche assuré par l'État. Le médecin orienteur bénéficierait de la situation s'il avait un intérêt financier dans le centre médical qui fournit le service d'IRM.

Les conflits d'intérêts suscitent encore plus de préoccupations lorsque ce sont des entreprises de soins de santé, et non des praticiens particuliers, qui sont les fournisseurs de services³³. Bien que les médecins rémunérés à l'acte travaillent de façon autonome, ils doivent également s'acquitter de l'obligation professionnelle d'agir au mieux des intérêts de leurs malades. C'est pour cette raison qu'on les qualifie de « fournisseurs à but non exclusivement lucratif ». Lorsqu'un centre médical appartient à des investisseurs, et que son objectif premier est de faire des bénéfices, l'incitation à tenir compte d'intérêts financiers dans les décisions relatives aux traitements est plus marquée³⁴.

Quelques provinces ont tenté de limiter ce « glissement définitionnel », et certaines³⁵ sanctionnent en fait cette pratique. Par exemple, aux termes de la *Medicare Protection Act* de l'Alberta, les clients d'un centre médico chirurgical peuvent se voir facturer directement [TRADUCTION] « des produits et services médicaux améliorés » ainsi que des produits et services non médicaux, sous réserve de certaines mesures de protection visant les consommateurs³⁶.

La meilleure approche consiste à restreindre, sinon à proscrire entièrement, la vente de services non assurés, quelle qu'en soit la description, par ceux qui sont financés pour fournir des services de soins de santé assurés. Dans plusieurs provinces, il est interdit aux médecins de travailler à la fois dans le régime public et dans le régime privé³⁷. Dans certaines provinces, les médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance santé ne peuvent pas facturer, pour les services qu'ils fournissent, plus que le barème d'honoraires publics qui s'applique aux services en question³⁸. Avant de changer sa *Loi sur les établissements de santé autonomes* en 1996, l'Ontario refusait d'agréer les centres médicaux qui combinaient la prestation de services de soins de santé assurés et non assurés³⁹.

La combinaison de services assurés et de services non assurés au sein d'un même centre médical a été analysée dans un document publié par la Commission Romanow, et dans lequel cette pratique est décrite comme mettant en péril la durabilité du système public des soins de santé. Comme l'a écrit son auteure :

La cohabitation au sein des mêmes établissements des services assurés et non assurés avec les mécanismes rappelés plus haut offre une structure non seulement propice mais inhérente au système à deux vitesses où l'argent et la couverture assurantielle privée d'un client donne priorité sur le citoyen dont la couverture se limite à l'assurance publique⁴⁰.

HONORAIRES FORFAITAIRES

RECOMMANDATION N° 7

Réglementer la facturation des honoraires forfaitaires, et ce, à tout le moins :

- en plafonnant les honoraires forfaitaires;
- en exigeant que les honoraires inutilisés soient restitués aux malades;
- en exigeant que les malades aient le choix de payer les services uniquement si – et quand – ils sont exigés;
- en interdisant aux fournisseurs de soins de santé de s'abstenir de fournir des services dans le cas des malades qui refusent d'acquitter des honoraires forfaitaires.

18

Certains médecins et centres médicaux arrondissent leurs revenus en facturant aux malades des services non assurés qui sont considérés comme « accessoires ». En voici quelques exemples : consultations téléphoniques, renouvellements d'ordonnance ou préparation de documents d'emploi ou d'assurance. Certains médecins facturent ces services au moyen d'honoraires forfaitaires annuels, lesquels varient de moins de 100 \$ à plusieurs milliers de dollars.

Certains médecins se sont prévalus du prétexte de la facturation de services non assurés pour facturer des honoraires forfaitaires fort élevés, lesquels représen-

tent un obstacle financier de taille à l'accès aux soins financés par l'État. Par exemple, un centre médical privé facture 2 300 \$ par année pour de tels services, et il paraîtrait que, dans certains cas, les honoraires forfaitaires sont de beaucoup supérieurs⁴¹.

Rares sont les provinces qui traitent directement de la question des honoraires forfaitaires. L'Ontario y fait exception. Aux termes de l'article 18 de la *Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance santé* :

18. (1) Si des règlements ont été pris en application du présent article, une personne ou entité ne peut demander des honoraires forfaitaires ou annuels que conformément à ceux-ci.

(2) Un médecin, un praticien ou un hôpital ne doit pas refuser de fournir ou de continuer de fournir un service assuré à un assuré pour une raison quelconque liée au choix de l'assuré de ne pas verser d'honoraires forfaitaires ou annuels.

Malgré cette restriction d'ordre général, le gouvernement ontarien n'a pas adopté de règlements en vertu de l'article 18 et a pris peu de mesures pour faire obstacle aux honoraires forfaitaires. En outre, la Loi n'impose aucun plafond aux

honoraires forfaitaires qui peuvent être facturés et il n'est pas obligatoire que les malades obtiennent le remboursement de toute partie non utilisée.

Dans certaines provinces, les règles de conduite professionnelle traitent des honoraires forfaitaires, mais ces règles ne remplacent pas un règlement provincial. (Voir dans l'encadré qui suit quelques exemples de règles de conduite pertinentes.) Les malades qui ne seraient pas disposés à payer des honoraires forfaitaires auraient à porter plainte auprès de l'ordre des médecins et chirurgiens de leur province ou d'une autre autorité publique. Mais les malades hésiteraient peut être à mettre ainsi en péril la relation qu'ils entretiennent avec leur médecin.

19

En Ontario, les règles de conduite professionnelle prescrivent ce qui suit⁴² :

[TRADUCTION]

les médecins qui facturent des honoraires forfaitaires doivent également offrir aux malades l'option de payer chaque service séparément au moment où ce dernier est fourni;

un médecin ne peut cesser de voir un malade ou refuser de voir un nouveau malade parce que cette personne décide de ne pas payer des honoraires forfaitaires. En outre, un médecin ne peut offrir ou fournir des services préférentiels à un malade qui consent à acquitter de tels honoraires.

D'autres règles plus générales interdisent ce qui suit :

[TRADUCTION]

refuser de fournir un service médicalement nécessaire, à moins que les honoraires soient payés en tout ou en partie avant la prestation du service;

facturer des honoraires excessifs par rapport aux services fournis;

facturer des honoraires en échange d'un engagement de ne pas facturer de frais pour un service ou une catégorie de services;

facturer des honoraires en échange d'un engagement à être disponible pour fournir des services à un malade;

une conduite indigne d'un médecin.

20

Il existe de solides arguments en faveur du fait que les provinces soient tenues, par la *Loi canadienne sur la santé*, de contrôler la pratique des honoraires forfaitaires. D'après la Loi, le critère de l'accessibilité exige que les services de santé assurés soient fournis « *selon des modalités uniformes* et que [le régime provincial d'assurance santé] ne fasse pas obstacle, *directement ou indirectement et, notamment, par facturation aux assurés*, à un accès satisfaisant par eux à ces services »⁴³.

RESQUILLAGE

RECOMMANDATION N° 8

Interdire le resquillage pour tous les services de santé assurés.

Comme il a été mentionné plus tôt, les centres médicaux privés offrent d'importantes occasions de faire du resquillage. La Commission Romanow a décrit le problème en ces termes :

Grâce à un nombre de plus en plus élevé d'établissements offrant des services diagnostiques sophistiqués, les gens peuvent dorénavant obtenir des services plus rapidement en les payant de leur propre poche et se servir ensuite des résultats pour obtenir les traitements nécessaires dans le système public sans avoir à « faire la file ». Bien que cette pratique ne soit pas encore courante, les Canadiens ont fait savoir clairement à la Commission qu'ils craignent vivement qu'elle ne le devienne⁴⁴.

Les critères d'accessibilité et d'universalité que comporte la *Loi canadienne sur la santé* obligent les gouvernements des provinces à s'assurer qu'il n'existe aucun obstacle financier aux services de soins de santé financés par l'État. Dans un certain nombre de provinces, des centres médicaux privés enfreignent la Loi en facturant des

frais de service et d'inscription. Quand un centre médical refuse de servir une personne qui n'est pas disposée à acquitter des frais, il crée un obstacle au service et, lorsque ce service devrait être assuré par l'État, le centre enfreint aussi l'interdiction relative à la surfacturation et aux frais modérateurs. Les gouvernements des provinces autorisent cette pratique, et le gouvernement fédéral n'impose pas de sanction – ce qui, dans les deux cas, est contraire à leurs obligations.

Pour illustrer l'importance de cette interdiction, prenons l'exemple de *Copeman Healthcare Inc.*, qui a proposé en 2006 d'ouvrir en Ontario plusieurs centres médicaux privés qui factureraient des frais de service annuels de 2 300 \$ et des frais d'inscription uniques de 1 200 \$. La documentation publicitaire de cette entreprise indiquait qu'une part de ces frais donnerait droit aux clients à un accès préférentiel aux services médicaux et à des services connexes, y compris des services assurés par l'État. Dans ses documents de mise en marché, la société offre aux clients [TRADUCTION] « un accès immédiat aux médecins d'excellente

formation du Centre » et des délais d'attente plus courts pour n'importe quel spécialiste, n'importe quelle intervention chirurgicale ou n'importe quels autres soins complémentaires nécessaires.

Bien que la société ne dise pas explicitement qu'elle refusera d'assurer le même niveau de soins aux personnes qui n'acquittent pas les frais d'inscription et de service de 3 500 \$, il faut être naïf pour imaginer que l'on assurera le même niveau de service aux malades qui refusent de payer les frais élevés du centre médical.

22

Seules l'Alberta et l'Ontario définissent et interdisent expressément le resquillage. La loi albertaine ne s'applique qu'aux services chirurgicaux et peut être considérée comme un simple moyen de légitimer la privatisation des services hospitaliers. L'interdiction de l'Ontario est d'une plus grande portée. L'article 17 de la *Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance santé* indique ce qui suit :

17.(1) Aucune personne ou entité ne doit :

a) faire un paiement ou accorder un avantage à une personne ou à une entité pour qu'elle accorde à un assuré un accès privilégié à un service assuré;

b) demander ou accepter un paiement ou un avantage pour accorder à un assuré un accès privilégié à un service assuré;

c) offrir de faire l'une des choses visées à l'alinéa a) ou b).

...

(3) Toute personne prescrite qui, dans l'exercice de sa profession ou de ses fonctions officielles, a des motifs de croire que l'une des choses interdites par le paragraphe (1) s'est produite présente promptement au directeur général un rapport sur la question.

L'article 17 de la *Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance santé* interdit clairement le système de facturation que propose le centre médical Copeman. En outre, aux termes de la Loi, la société, ses médecins et même ses malades seraient passibles de poursuites pour avoir facturé ou offert de payer un accès privilégié à des services de santé assurés.

Le problème du resquillage découle inévitablement du fait que l'on permette à des centres médicaux privés de fournir des services nécessaires. Le resquillage devient extrêmement difficile à régler quand on permet qu'un système de soins parallèle fonctionne en marge des régimes provinciaux d'assurance

santé. Par exemple, en vertu du projet de loi 33 du Québec, certains « centres médicaux spécialisés » (CMS) peuvent fonctionner parallèlement – mais de façon indépendante – au système financé par l'État. Comme l'écrit une experte en droit du Québec :

... le CMS de médecins non participants, selon les traitements qui y seront pratiqués, pourrait bien équivaloir à un hôpital privé à but lucratif puisqu'il sera autorisé à pratiquer des interventions chirurgicales, à faire de l'hébergement et à être rémunéré par les patients ou leurs assureurs pour certaines de ces interventions. Les CMS de médecins non participants pourront ainsi devenir la base du développement d'un réseau privé parallèle de soins de santé⁴⁵.

Le projet de loi 33 établit un certain nombre de mesures de sauvegarde de façon à isoler ces installations privées du système public, comme le fait d'autoriser uniquement des médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance maladie de fournir des services dans un CMS financé par des fonds privés. Néanmoins, en autorisant une assurance privée pour des services de santé nécessaires, le projet de loi 33 a enfreint un seuil important qui, jusqu'ici, préservait l'intégrité du système d'assurance santé du Canada⁴⁶.

RISTOURNES CLANDESTINES ET RENVOIS DIRECTS

RECOMMANDATION N° 9

Interdire aux médecins d'offrir des ristournes clandestines à une personne quelconque ou d'en recevoir, et interdire aux médecins de renvoyer des malades vers des cliniques qu'ils possèdent ou exploitent.

24

Une autre façon de protéger les patients est d'interdire les ristournes clandestines et les renvois directs. Le mot *ristourne* désigne la compensation financière que touchent des médecins à la suite du renvoi d'un malade. Les paiements proviennent de centres médicaux privés, de spécialistes, de physiothérapeutes, d'entreprises vendant des produits pharmaceutiques ou des fournitures et du matériel médicaux, ou de n'importe quelle autre source de renvoi. Les paiements peuvent revêtir la forme de paiements en espèces ou de rabais sur des locaux à bureaux, des fournitures médicales, des prêts ou d'autres services et produits. L'expression *renvoi direct* désigne la situation dans laquelle des médecins sont propriétaires des centres médicaux vers lesquels ils renvoient des malades et qui sont donc susceptibles de bénéficier pécuniairement des profits que réalisent ces centres.

Le risque de tels abus a incité certaines provinces à réglementer les relations financières qui sont associées aux cas de renvoi⁴⁷. Sept provinces interdisent les ristournes clandestines et réglementent les renvois effectués vers des médecins, des centres médicaux privés, des entreprises pharmaceutiques et des fournisseurs de dispositifs médicaux.

Seules cinq provinces interdisent aux médecins d'offrir des ristournes à des spécialistes de la santé qui ne sont pas des médecins. La Saskatchewan et l'Ontario sont les deux seules provinces à interdire en termes des plus stricts les ristournes clandestines⁴⁸.

La réglementation provinciale des renvois directs est inégale. Terre-Neuve, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard n'exercent aucun contrôle sur ces pratiques, tandis que le Manitoba, l'Ontario et le Québec exigent seule-

ment que les médecins divulguent leurs investissements. Cependant, comme il a été souligné dans un article paru dans le Journal de l'Association médicale canadienne, [TRADUCTION] « la divulgation de cette information à des malades relativement inexperts ne fonctionne pas, surtout lorsque ces derniers ont besoin de traitements. Il peut arriver aussi que les malades interprètent cette divulgation non pas comme une mise en garde, mais plutôt comme une garantie... » de la qualité du centre médical privé⁴⁹.

C'est en Saskatchewan que l'on trouve la meilleure pratique provinciale : il est interdit de renvoyer directement un malade vers un centre médical privé qui appartient au médecin ou à des membres de sa famille. Seule une minorité de provinces interdit de renvoyer un malade vers un centre médical privé appartenant à des membres de la famille immédiate du médecin, et moins encore vers un centre médical appartenant aux membres de la famille étendue d'un médecin. Selon les règlements qu'applique l'Ordre des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan, la notion de « conflit d'intérêts » est définie de manière large et inclut ce qui suit :

[TRADUCTION]

... une situation dans laquelle un médecin, un membre de sa famille ou une entreprise peut posséder

ou contrôler entièrement, dans une large mesure ou concrètement par le médecin ou un membre de sa famille⁵⁰,

(i) reçoit un avantage, directement ou indirectement, de :

- 1 un fournisseur vers lequel le médecin renvoie ses malades ou des échantillons prélevés sur ces derniers, ou*
- 2 un fournisseur qui vend ou fournit par ailleurs des produits ou des services médicaux aux malades du médecin;*

(ii) loue des locaux à :

- 1 un fournisseur vers lequel le médecin renvoie ses malades ou des échantillons prélevés sur ces derniers;*
- 2 un fournisseur qui vend ou fournit par ailleurs des produits ou des services médicaux aux malades du médecin, sauf dans les cas où :*
- 3 le loyer est d'un prix ordinaire par rapport au secteur dans lequel les locaux sont situés;*
- 4 le prix du loyer n'est pas lié au volume des activités que mène le locataire dans les locaux en question;*

(iii) loue des locaux de :

- 1 un fournisseur vers lequel le médecin renvoie ses malades ou des échantillons prélevés sur ces derniers;
- 2 un fournisseur qui vend ou fournit par ailleurs des produits ou des services médicaux aux malades du médecin, sauf dans les cas où :
- 3 le loyer est d'un prix ordinaire par rapport au secteur dans lequel les locaux sont situés;
- 4 le prix du loyer n'est pas lié au renvoi de malades vers le locateur ou

(iv) vend ou fournit par ailleurs des médicaments, des appareils médicaux, des produits médicaux ou des préparations biologiques à un malade dans un but lucratif, sauf si le médecin peut démontrer que le produit vendu ou fourni était raisonnablement nécessaire pour le soin médical du malade.

...

(v) Le fait qu'un médecin commande des tests diagnostiques autres que ceux qui sont médicalement nécessaires auprès d'un établissement de diagnostic dans lequel le médecin ou un membre de sa famille détient une participation financière constitue un conflit d'intérêts.

À l'exemple de la Saskatchewan, toutes les provinces devraient interdire les cas de renvoi direct. La seule exception possible serait le cas des régions insuffisamment desservies dans lesquelles une telle interdiction pourrait faire obstacle à l'accès aux services.

Lorsqu'un médecin détient une participation financière dans une installation de soins de santé à but lucratif, les enjeux sont nettement plus élevés. Les ristournes et les renvois directs sont un problème important aux États Unis, où les médecins sont souvent propriétaires d'un centre médical, avec les résultats qui suivent : des renvois inutiles pour certains malades, des délais plus longs pour d'autres, et une hausse des coûts en général⁵¹.

HÔPITAUX PPP

RECOMMANDATION N° 10

Arrêter et inverser la privatisation de l'infrastructure des soins de santé.

La création d'hôpitaux dans un régime de partenariat public privé (PPP) pose pour l'assurance santé une menace semblable, sinon supérieure, à celle que suscite la prolifération des centres médicaux privés. L'Ontario et la Colombie-Britannique comportent un certain nombre d'hôpitaux de type PPP qui ont ouvert leurs portes, et d'autres sont prévus. D'autres provinces songent également à implanter ce modèle.

Dans un régime hospitalier de type PPP caractéristique, le conseil d'administration de l'hôpital public signe une entente avec un consortium privé en vue de financer, de concevoir, de bâtir et d'exploiter l'hôpital, ainsi que de fournir la plupart des services hospitaliers non cliniques⁵². Habituellement, le consortium est formé de promoteurs, de régimes de retraite, d'investisseurs privés ainsi que d'entreprises de gestion hospitalière et de services hospitaliers.

Selon des données importantes et de plus en plus nombreuses, les hôpitaux de type PPP coûtent plus cher et

fournissent des services moins efficaces que les hôpitaux qui sont financés, contrôlés et exploités par l'État⁵³.

Outre cette situation, les hôpitaux PPP menacent de miner le caractère à palier unique de notre système d'assurance santé, et cette menace est attribuable à un certain nombre de raisons.

Premièrement, les contrats relatifs aux hôpitaux de type PPP permettent au partenaire privé d'établir, au sein même de l'hôpital, des centres médicaux et d'autres entreprises de soins de santé⁵⁴. La colocalisation permet d'intégrer de manière plus étroite aux services hospitaliers publics une série d'activités menées dans un but lucratif. La proximité physique des malades et des spécialistes des soins de santé augmente considérablement le risque d'« écrémage », de renvois directs, de ristournes et d'autres conflits d'intérêts.

Par exemple, il sera particulièrement difficile d'éviter les ristournes et les renvois directs dans un hôpital PPP où

ce n'est plus le conseil d'administration de l'hôpital public qui dirige l'affectation des locaux et des services de soutien à l'intérieur de l'hôpital. Dans les régimes de type PPP, ces décisions seront prises par le consortium privé ou à la suite de processus complexes de négociation et d'arbitrage destinés à déterminer ou à contester les affectations de locaux et de personnel⁵⁵. Cela aggrave nettement le risque de ristournes et de renvois directs, vu le manque de transparence qui caractérise ces régimes contractuels et de location complexes. Il est donc davantage nécessaire d'établir des régimes réglementaires solides pour interdire et surveiller de près de telles pratiques.

Deuxièmement, bien que certaines provinces réglementent les centres médicaux privés, aucune n'a établi de dispositions législatives au sujet des défis plus complexes que posent les hôpitaux PPP. L'Ontario et la Colombie Britannique, par exemple, semblent se fier aux conseils d'administration des hôpitaux publics pour s'assurer que leurs partenaires privés se conforment aux principes de l'assurance santé. Coincés dans des contrats de location et de services à long terme, ces conseils d'administration ont peut être une très faible marge de négociation. En outre, dans la mesure où les médecins, les infirmières et d'autres spécialistes

des soins de santé sont en mesure d'accroître leurs revenus en travaillant du côté privé des couloirs de l'hôpital public, il y aurait peut être peu d'intérêt à durcir le ton avec le partenaire privé.

Troisièmement, dans le cadre des régimes hospitaliers de type PPP, les revenus découlant de la vente de services de soins de santé non assurés, comme les services de réadaptation ou les services destinés aux accidentés du travail, peuvent maintenant aller directement dans les poches du partenaire privé de l'hôpital, ou être partagés avec ce dernier. Dans un tel cas, les hôpitaux publics seront privés d'une source importante de revenus qui, jusqu'à présent, servait à supporter les coûts de l'hôpital ou à améliorer la qualité des services assurés.

Enfin, la complexité des régimes de type PPP fait qu'il est très difficile de surveiller si l'on se conforme à la loi provinciale. Par exemple, le régime contractuel de type PPP qui a été conclu pour le complexe du William Osler Hospital en Ontario comporte plus de 2 000 pages de documents juridiques complexes. En outre, les dispositions principales sont protégées du public par des dispositions en matière de confidentialité qui empêchent même le ministère de la Santé de révéler les détails de ces régimes.

Pour ces raisons, les régimes hospitaliers de type PPP confondent les notions de transparence et d'obligation redditionnelle, et le vide réglementaire dans lequel ils sont établis exacerbe sérieusement ces problèmes. Par ailleurs, la difficulté inhérente que présentent la surveillance et l'application de ces régimes ajoutera des coûts importants aux budgets provinciaux en matière de soins de santé.

Les preuves contre le modèle hospitalier de type PPP sont convaincantes et continuent de s'accumuler, pendant que les prototypes créés au Royaume Uni s'effondrent sous le poids d'une escalade des coûts et d'une mauvaise gestion financière⁵⁶. Si, malgré ces preuves, les hôpitaux de type PPP en viennent à prendre de l'expansion au Canada, il faudra que les gouvernements des provinces établissent des dispositions réglementaires ainsi que des régimes de surveillance et d'application nouveaux et solides afin d'empêcher que les hôpitaux PPP deviennent des plates formes favorisant la prestation de soins à deux paliers.

Le SFCP s'est joint à d'autres syndicats et coalitions de la santé pour prier instamment le gouvernement fédéral de rétablir un rôle fédéral au sein de l'infrastructure hospitalière en créant un programme national spécifique et stable de financement d'infrastructures⁵⁷.

MESURES D'APPLICATION

Compte tenu de toutes les lois et de tous les règlements, tant existants que proposés, qui précèdent, les mesures d'application sont d'une importance capitale. Il est nécessaire de contraindre le gouvernement fédéral à faire appliquer la *Loi canadienne sur la santé* et à mettre au pas les provinces qui contestent les exigences de la Loi ou qui y passent outre. Il faut également contraindre les gouvernements des provinces à conserver et améliorer leurs régimes de réglementation de manière à défendre le caractère public et à palier unique des soins de santé.

30 Les coalitions des soins de santé, les syndicats, les spécialistes des soins de santé et les groupes communautaires luttent tous les jours pour défendre l'assurance santé contre les incursions du secteur privé. Une bonne part de cette lutte vise à faire respecter et à affermir les lois qui régissent l'assurance santé. C'est dans le but de soutenir ces efforts que le présent guide a été conçu.

Il est évident aussi que les particuliers ont un rôle marquant à jouer pour ce qui est de s'assurer que l'on respecte et que l'on fait appliquer les règles et les règlements en vigueur. Il est possible de faire appliquer un grand nombre de ces instruments en engageant une poursuite privée en vertu des lois provinciales sur les soins de santé.

Il est possible aussi de porter plainte auprès des représentants de la santé des provinces ou auprès des organismes réglementaires qui supervisent les praticiens de la médecine. Pour prendre connaissance des moyens détaillés de défendre vos droits dans le cadre de l'assurance santé, consultez le site www.soinsdesanteundroit.ca.

NOTES DE FIN DE DOCUMENT

- ¹ Dans le présent document, par souci de concision, le mot « province » désigne souvent à la fois les provinces et les territoires.
- ² L'expression « administration publique » signifie que les régimes doivent être administrés à titre non lucratif par une instance publique. L'intégralité signifie que les régimes doivent englober la totalité des services de santé assurés que fournit un hôpital ou un médecin, les soins de chirurgie dentaire dispensés dans un hôpital, de même que les autres services que la province peut établir. L'universalité signifie que tous les résidents assurés doivent avoir droit aux services de santé assurés, selon des conditions uniformes. La transférabilité signifie que les résidents assurés, qui déménagent dans une autre province ou un autre territoire, doivent être assurés par leur province ou leur territoire d'origine pendant la durée de la période dite de carence. L'accessibilité signifie que les personnes assurées doivent bénéficier d'un accès raisonnable aux services selon des conditions uniformes, et ce, sans être entravées par des frais supplémentaires ou des mesures discriminatoires.
- ³ Archibald, T. et Flood, C.M. (2004). *The Physician Services Committee: The relationship between the Ontario Medical Association and the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care*. Institut de recherche en politiques publiques, Série de documents de travail de l'IRPP, no 2004 3. Document obtenu le 6 décembre 2007, à : http://www.irpp.org/wp/archive/medicare_basket/wp2004-03.pdf
- ⁴ Flood, C.M., Tuohy, and Stabile (2004). *What is In and Out of Medicare? Who Decides?* Institut de recherche en politiques publiques, Série de documents de travail de l'IRPP, no 2004 06. Document obtenu le 6 décembre 2007, à : http://www.irpp.org/wp/archive/medicare_basket/wp2004-06.pdf
- ⁵ *Ibidem*, p. 10.
- ⁶ Voir l'article 2 de la *Loi canadienne sur la santé*, ainsi que les définitions des « services de santé assurés » et d'un « assuré ».
- ⁷ Bien que la législation canadienne établisse que les étudiants étrangers et les personnes à leur charge sont considérés comme des résidents canadiens, ces personnes sont exclues de six des régimes provinciaux territoriaux d'assurance santé. Reitmanova, S. (2007). *Disappearance of values in Canadian healthcare: Are market forces to be blamed?* Exposé présenté à l'occasion de la Conférence annuelle de l'*European Healthcare Managers Association*. Document obtenu le 28 novembre 2007, à l'adresse : http://www.ehma.org/_fileupload/File/Conference%202007/Sylvia%20Reitmonova%20PPT%20A.pdf (Il est à noter que Terre Neuve et Labrador a décidé depuis ce temps d'assurer les étudiants étrangers.)
- ⁸ Syndicat canadien de la fonction publique, Syndicat national des employées et employés fédéraux du secteur public, *Compensation Employees' Union* (2002). *Manifeste de Standhope sur l'indemnisation des travailleurs*.
- ⁹ Trente pour cent des dépenses des Canadiens au titre de la santé sont privées, et 41 pour cent de ces dépenses sont couvertes par une assurance privée. Institut canadien d'information sur la santé (2007). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2007*, p. 10.
- ¹⁰ L'Alberta, la Colombie Britannique, le Manitoba, l'Ontario et l'Île-du-Prince-Édouard. Voir, par exemple, l'article 26 de la *Health Care Insurance Act* de l'Alberta. En réponse à la décision *Chaoulli*, le Québec a « ouvert la porte » à l'assurance privée pour un certain nombre d'interventions précises.

- ¹¹ Pour un résumé et une critique de la décision *Chaoulli*, consultez <http://www.sgmlaw.com> et le Syndicat canadien de la fonction publique (2005). *Analyse de la décision Chaoulli : Document d'information du SCFP*. Document obtenu le 28 novembre 2007, à : <http://www.scfp.ca/chaoulli>
- ¹² *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, Québec, 37e Législature, 2e session, projet de loi 33 (première lecture, 15 juin 2006). Le projet de loi 33 est devenu loi le 13 décembre 2006, et est aujourd'hui cité comme suit : S.Q. 2006, ch. 43.
- ¹³ Prémont, M. (2007). « La garantie d'accès aux services de santé : Analyse de la proposition québécoise ». Article publié en français dans *Les Cahiers de Droit*, vol. 47, n° 3 (septembre 2006) et bientôt publié en anglais dans le *Health Law Journal*, Edmonton.
- ¹⁴ Projet de loi 33, article 42, modifiant l'article 15 de la *Loi sur l'assurance maladie*.
- ¹⁵ Les répercussions des centres médicaux financés par des sources privées et autorisés par le projet de loi 33 sont analysées plus loin dans le présent document, à la section portant sur les hôpitaux de type PPP.
- ¹⁶ Projet de loi 33, article 42, modifiant l'article 15 de la *Loi sur l'assurance maladie* et l'article 11, ajoutant l'article 333.1 à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.
- ¹⁷ Gibson, D. et Fuller, C. (2006). *The Bottom Line: The truth behind private health insurance in Canada*. The Parkland Institute.
- ¹⁸ Tuohy, C. H., Flood, C. M., & Stabile, M. (2004). "How does private financing affect public health care systems? Marshalling the evidence from OECD nations." *Journal of Health Politics, Policy and Law* 29(3), p. 359-396.
- ¹⁹ Zinn, C. (2000). "Australia moves to boost private health cover." *British Medical Journal* 321: 10 (1er juillet 2000).
- ²⁰ Chodos, H. et MacLeod, J.J. (2003). *Examining the Public/Private Divide in Health Care: Demystifying the Debate*, p. 3. Document obtenu le 6 décembre 2007 à : <http://www.cpsa-acsp.ca/papers-2005/MacLeod.pdf>
- ²¹ Grieshaber-Otto, J., Sinclair, S. (2004). *Bad Medicine: Trade treaties, privatization and health care reform in Canada*. Centre canadien de politiques alternatives.
- ²² Archibald, T. et Flood, C.M. (2001). "The illegality of private health care in Canada." *Canadian Medical Association Journal* 164(6), p. 825-30. Document obtenu le 6 décembre 2007, à : <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/164/6/825>
- ²³ Cette conclusion est étayée par le fait que les soins de santé privés, surtout l'assurance médicaments, sont déjà subventionnés par l'État parce qu'une partie des dépenses privées au titre des soins de santé peuvent être déduites du revenu à des fins fiscales. Ces subventions ne reviennent pas directement aux médecins ou aux autres fournisseurs de soins.

- ²⁴ Archibald, T. et Flood, C.M. (2001). Toutes les provinces, sauf deux, interdisent explicitement la surfacturation. Le Nouveau Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard recourent plutôt à des mesures désincitatives, notamment en n'accordant pas de fonds publics pour les services à l'égard desquels le médecin traitant facture plus que ce que paye le régime public.
- ²⁵ Voir, par exemple, le paragraphe 10(3) de la *Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance santé*, dont le texte est le suivant :
- Un médecin ou un praticien désigné ne doit accepter, à l'égard d'un service assuré fourni à un assuré, que les honoraires ou avantages prévus, selon le cas :
- par le Régime, notamment les honoraires payés conformément à une entente conclue en vertu du paragraphe 2 (2) de la *Loi sur l'assurance santé*;
 - par un hôpital public ou un établissement prescrit à l'égard des services qui y sont fournis;
 - si les règlements le permettent dans les circonstances et aux conditions prescrites.
- ²⁶ Les retenues prélevées sur les transferts fédéraux pour cause de violation des critères de la Loi sont de nature discrétionnaire et n'ont jamais été invoquées. Les retenues effectuées dans le cas d'une violation des règles interdisant la surfacturation et les frais modérateurs sont impératives.
- ²⁷ *Loi canadienne sur la santé*, article 20.
- ²⁸ Choudhry, S. (2002), "Bill 11: The *Canada Health Act* and the Social Union", *Health Care Reform and the Law in Canada*. Caulfield, T.A. et von Tigerstrom, B., (dir.), Edmonton: The University of Alberta Press.
- ²⁹ Vérificatrice générale du Canada, *Rapport Le Point 2002*, chapitre 3, *L'appui fédéral à la prestation des soins de santé*, qui traite de la situation actuelle et historique. Voir aussi : Vérificateur général du Canada (1987). *Rapport annuel à la Chambre des communes*.
- ³⁰ Grosso, F. et Archibald, T. (2006), "Contracting With Private Medical Facilities: A National Review of Regulation." Document inédit, p. 20.
- ³¹ Le Québec et la Colombie-Britannique sont, à cet égard, les pires contrevenants.
- ³² Dans les cas où la combinaison des services est autorisée, les gouvernements doivent réglementer de plus près les circonstances dans lesquelles les services non assurés peuvent être fournis. Un exemple de cette approche figure dans le règlement que l'Ontario a établi pour superviser le fonctionnement des centres médicaux privés offrant des services d'imagerie par résonance magnétique (IRM). Ce règlement instaure divers moyens de s'assurer que les services « non assurés » fournis étaient en fait non nécessaires; voir la *Loi sur les professions de la santé réglementées*, Règlement 107/96.
- ³³ Voir l'analyse qui suit, à la partie B(2)(a), ainsi que Prémont, M. (2002). *The Canada Health Act and the Future of Health Care Systems in Canada*, la Commission sur l'avenir des soins de santé, document de discussion n° 4, p. 14.
- ³⁴ Evans, R. et coll. (2000), *Private Highway, One-Way Street: The Decline and Fall of Canadian Medicare?* Centre for Health Services and Policy Research.
- ³⁵ Voir, par exemple, l'article 5 de la *Medicare Protection Act* de l'Alberta, ainsi que les articles 17 et 30 de la *Medicare Protection Act* de la Colombie-Britannique.
- ³⁶ *Ibidem*.

- ³⁷ Voir, par exemple, l'article 6 de la *Health Insurance Act* de l'Alberta qui dispose que, sauf urgence, les fonds publics ne sont disponibles que pour des services que fournissent des médecins ayant opté d'adhérer au régime d'assurance santé. Il est à noter aussi qu'aux termes de l'article 10 de la *Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance santé* de l'Ontario, il est interdit aux médecins de se désaffilier du régime d'assurance public à moins de l'avoir fait avant le 13 mai 2004.
- ³⁸ Archibald, T. et Flood, C.M. (2001), "The illegality of private health care in Canada." *Canadian Medical Association Journal* 164: 826.
- ³⁹ Gilmour, J. (2003), "Regulation of Free-Standing Health Facilities: An Entrée for Privatization and For-Profit Delivery in Health Care." *Health Law Journal*, 134, édition spéciale.
- ⁴⁰ Prémont, M. (2002), *Le Rôle de la Loi canadienne sur la santé pour l'avenir des systèmes de santé au Canada*. La Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, document d'étude n° 4, p. 14.
- ⁴¹ Sack, Goldblatt, Mitchell (2006). *Opinion juridique sur Copeman Healthcare Inc. établie pour la Ontario Health Coalition, Plans For Private Clinics Violate Canada Health Act*. Document obtenu le 7 décembre 2007, à : <http://www.web.net/~ohc/privatization/OHClegalOpinionOn2TierClinics.pdf>
- ⁴² L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (2005). *Block Fees and Uninsured Services Policy #4-04*. Document obtenu le 12 décembre 2007, à : <http://www.cpso.on.ca/policies/blockfees.htm>
- ⁴³ *Loi canadienne sur la santé*, article 12.1.
- ⁴⁴ Romanow, R.J. (2002). *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada – Rapport final*. Ottawa : Bibliothèque nationale du Canada, p. 8.
- ⁴⁵ Prémont, M. (2007), p. 21.
- ⁴⁶ La Colombie-Britannique a permis que des hôpitaux semblables, financés par des fonds privés, offrent des services en autorisant des médecins à exercer sans être inscrits à un régime provincial d'assurance santé.
- ⁴⁷ Certains fournisseurs de soins de santé disposent aussi de règles concernant les conflits d'intérêts. La *Calgary Health Region*, par exemple, a instauré un règlement administratif qui interdit aux personnes ayant un intérêt déterminant dans une installation privée d'occuper un poste de médecin. Lang, M., et Cryderman, K. "Public sell-off, Public buyback." *Calgary Herald*. 23 septembre 2007.
- ⁴⁸ Choudhry, S., Choudhry, N.K. et Brown, A.D. (2004). "Unregulated private markets for health care in Canada? Rules of professional misconduct, physician kickbacks and physician self-referral." *Journal de l'Association canadienne* 170 (7), p. 1115-1118.
- ⁴⁹ *Ibidem*.
- ⁵⁰ Sous alinéa 51(1)(f)(iv) des *By-Laws, Saskatchewan College of Physicians and Surgeons*.
- ⁵¹ Choudhry, S., Choudhry, N.K., Brown, A.D. (2004). "Unregulated private markets for health care in Canada? Rules of professional misconduct, physician kickbacks and physician self-referral." *Journal de l'Association canadienne* 170 (7).

- ⁵² William Osler Health Centre (2004). *Summary of the William Osler Health Centre Project Agreement with the Healthcare Infrastructure Company of Canada*. Document obtenu le 6 décembre 2007, à : http://www.williamoslerhc.on.ca/workfiles/Project_Agreement.pdf
Un modèle semblable a été implanté pour l'Hôpital Royal Ottawa ainsi que pour l'Hôpital d'Abbotsford.
- ⁵³ Mehra, N. (2005). *Échecs, défauts, abandon: 100 PPP, Témoignages canadiens et internationaux*. Coalition ontarienne de la santé; Wintour, P., Boseley, S. (8 mars 2006). "NHS chief quits amid worsening cash crisis." *The Guardian*; Collinson, P. (14 mars 2006). "Laing defends soaring value of its hospital PFI contracts." *The Guardian*; Dawson, D. (2001). "The Private Finance Initiative: A Public Finance Illusion?" *UK Health Economics*. 10: 479–486; Pollock, A.M., Shaoul, J., Vickers, N. (28 mai 2002). "Private finance and 'value for money' in NHS hospitals: a policy in search of a rationale?" *British Medical Journal*. Vol. 324; Pollack, A.M., Leys, C., Price, D., Rowland, D., and Gnani, S. (2004). *NHS plc: The Privatisation of Our Health Care*. London: Verso.
- ⁵⁴ William Osler Health Centre (2004). *Project Agreement between the William Osler Health Centre and The Healthcare Infrastructure Company of Canada (WOHC) Inc*. L'article 17.5 permet au consortium privé d'établir au sein de l'hôpital des entreprises auxiliaires, y compris des centres médicaux privés. Les seules entreprises qu'interdit le régime hospitalier PPP sont les casinos, les installations de divertissement pour adultes ainsi que la vente de produits d'alcool et de tabac (17.7.3).
- ⁵⁵ *Ibidem*, article 48; Auerbach, L., Donner, A., Peters, D.D., Townson, M. and Yalnizyan, A. (2003). *Funding Hospital Infrastructure: Why PPPs Don't Work, and What Will*. Ottawa: Centre canadien de politiques alternatives.
- ⁵⁶ Voir la note 53.
- ⁵⁷ La BC Health Coalition, la Coalition canadienne de la santé, le Congrès du travail du Canada, le Syndicat canadien de la fonction publique, le Conseil des Canadiens, Friends of Medicare Alberta, le Syndicat national des employées et employés généraux du secteur public, la Coalition ontarienne de la santé, la Fédération du travail de l'Ontario (2005). *Re-establishing a federal role in hospital infrastructure finance*. Notre proposition comporte deux éléments :
- 1 créer et financer, de pair avec les provinces, un programme national de dépenses en immobilisations au titre des soins de santé; ce nouveau programme de financement serait intégré sous la forme d'un financement de base permanent;
 - 2 lier la totalité du financement des infrastructures dans le domaine des soins de santé à l'administration, à la gestion, au contrôle et à la propriété publics et à but non lucratif des installations, du matériel et des services; il faut renoncer à l'approche actuelle qui favorise la participation du secteur privé au financement des infrastructures par l'entremise de mécanismes de financement privé ou de type PPP (partenariat public-privé), en faveur d'approches axées sur le financement public.

