

# Analyse de la décision « Chaouli » de la Cour suprême :

Répercussions de la décision, les faits sur l'assurance privée  
et quelques solutions au problème des listes d'attente



**Août 2005**

# ANALYSE DE LA DÉCISION CHAOULLI

## TABLE DES MATIÈRES

<b>Introduction</b> .....	1
<b>Ce que la Cour a (et n'a pas) dit</b> .....	2
Qu'ont dit les juges? .....	2
S'agissait-il d'une décision unanime?.....	3
Qu'ont dit les juges dissidents?.....	4
Qui cette décision touche-t-elle?.....	5
Cette décision touche-t-elle d'autres provinces? .....	5
Cette décision touche-t-elle la Loi canadienne sur la santé (LCS)? .....	6
Sur quelle preuve s'appuient les juges majoritaires? .....	6
Qui est derrière cette cause?.....	7
<b>Évaluation des données internationales</b> .....	9
Quelles sont les données internationales sur l'assurance-maladie privée ? .....	9
Quelles sont les données internationales sur la privatisation des soins de santé ?.....	10
<b>De véritables solutions pour réduire les listes d'attentes</b> .....	14
Les soins de santé privés aideront-ils à diminuer les listes d'attente ? .....	14
Quelles sont les solutions aux longues listes d'attente ?.....	16
<b>Analyse de la décision Chaoulli : les dangers commerciaux de la privatisation</b> .....	19
Quelles seront les conséquences commerciales de l'arrêt Chaoulli ? .....	19
Comment les grandes entreprises pourraient-elles utiliser les accords commerciaux pour accéder au marché des soins de santé du Canada?.....	20
Mais n'y a-t-il pas des protections enchâssées dans ces accords ? .....	21
<b>Le rôle des médicaments dans l'augmentation des dépenses de santé</b> .....	22
Quels sont les coûts qui exercent vraiment des pressions sur le système de santé canadien ? .....	22
<b>Il faut agir</b> .....	24
Que devraient faire les gouvernements provinciaux dans la foulée de l'arrêt Chaoulli ? .....	24
Que devrait faire le gouvernement fédéral à la suite de l'arrêt Chaoulli ? .....	25

## **Introduction**

Les interprétations, prédictions alarmantes et scénarios noirs des tenants de la privatisation abondent dans la foulée du jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli. Toutefois, le cœur de la question est clair : le jugement n'ouvre pas la voie à la privatisation – même dans la province de Québec. Il sert plutôt une mise en garde aux gouvernements les incitant à agir pour renforcer le système public de santé.

Ceux qui exercent des pressions en faveur de la privatisation des soins de santé utilisent le jugement pour soutenir que l'on a ouvert la porte aux soins à but lucratif. Le SCFP a produit ce document d'information exhaustif pour fournir des faits et des arguments à opposer à ces affirmations.

Dans un premier temps, ce document d'information examine ce que la Cour a – et n'a pas – dit. Il examine ensuite ce que la preuve a établi à propos des soins de santé privés en Europe et ailleurs. Il aborde les mythes et les réalités entourant les listes d'attente, proposant des solutions publiques pour les raccourcir. Les risques sectoriels de la privatisation des soins – un sujet que la Cour n'a pas abordé dans son jugement – constituent un autre des points critiques à examiner dans la foulée de l'affaire Chaoulli. Le document d'information se penche en outre sur les véritables « facteurs de coût » du système de santé, contredisant les allégations de droite que les salaires des travailleuses et des travailleurs rendent l'assurance-maladie publique « insoutenable ». La conclusion propose des gestes fédéraux et provinciaux pour endiguer la privatisation.

Pour plus d'information sur la privatisation du secteur de la santé, visitez [scfp.ca](http://scfp.ca).

## Ce que la Cour a (et n'a pas) dit

### Qu'ont dit les juges?

Une faible majorité de juges a statué que l'interdiction québécoise de souscrire une assurance-maladie privée contrevient à la *Charte des droits et libertés de la personne*. La décision, fondée sur certains éléments de preuve parfois discutables ne renverse pas entièrement l'interdiction.

Les juges ont clairement établi que cette interdiction n'enfreint la *Charte* québécoise que lorsque la durée d'attente d'un traitement dans le système public est trop longue. Les juges ont tenté de clarifier cette distinction en parlant de « circonstances où... le système public n'offre pas des services raisonnables » – ils n'ont toutefois pas défini clairement ce qui constitue une attente raisonnable ou déraisonnable, se limitant à indiquer « tant sur le plan de la qualité que celui de l'accès en temps opportun »<sup>1</sup>.

La cause a été portée en appel devant la Cour suprême par un médecin bien connu pour favoriser un système de santé privé, le D<sup>r</sup> Jacques Chaoulli<sup>2</sup>, et son patient qui avait attendu une chirurgie de la hanche pendant une année, M. George Zeliotis. Ils ont essentiellement soutenu que les patients faisant face à de longues listes d'attente devraient avoir le droit d'acheter une couverture d'assurance privée qui paierait pour tous les services médicaux privés.

Les juges majoritaires ont rendu cette décision en interprétant les protections de la *Charte* québécoise (qui sont plus vastes que celles de la *Charte* canadienne). Ce faisant, la majorité a renversé les décisions des tribunaux précédents qui avaient maintenu l'interdiction de souscrire une assurance-maladie privée.

Démontrant encore davantage que cette cause se limite clairement aux situations où il y a de longues listes d'attente, les juges majoritaires ont statué que « les gouvernements ont à maintes reprises promis de trouver une solution aux listes d'attente. Il semble cependant que la cristallisation du débat autour... fasse perdre de vue l'urgence d'agir concrètement. Le dernier rempart des citoyens demeure alors les tribunaux.<sup>3</sup> »

De façon surprenante, les juges majoritaires ont rejeté l'argument que l'interdiction de soins privés est nécessaire pour protéger le système public de santé. Et ce, malgré une preuve convaincante et probante soutenant l'argument du gouvernement du Québec, présentée tant au procès que par les intervenants à la Cour suprême. Il est intéressant de noter que les arguments présentés tant par le gouvernement québécois que par le gouvernement fédéral à la Cour suprême examinent exhaustivement la façon dont les soins privés peuvent miner le système de santé public – un conseil que ces gouvernements ne mettent pas toujours nécessairement en pratique<sup>4</sup>.

Les juges majoritaires ont reconnu tacitement que l'accès à une assurance privée ne raccourcira pas les listes d'attente, affirmant que cela « n'apporte pas nécessairement une réponse au problème complexe des listes d'attente »<sup>5</sup>. Ils ont également résumé les arguments de Chaoulli et de Zeliotis de manière à faire ressortir les objectifs politiques qui les sous-tendent : « Les appelants ne sollicitent pas une ordonnance enjoignant au gouvernement d'investir plus d'argent dans les soins de santé; ils ne sollicitent pas non plus une ordonnance enjoignant de réduire les délais d'attente pour un traitement qui existe dans le système de santé public. Ils requièrent seulement une décision qui les autoriserait à souscrire une assurance leur donnant accès à des services privés, pour le motif que les délais du système public compromettent leur santé et leur sécurité<sup>6</sup>. »

La décision de la Cour annule les articles de la *Loi sur l'assurance-maladie du Québec* et de la *Loi sur l'assurance hospitalisation* qui interdisent de souscrire à une assurance privée. Le jugement a été prononcé le 9 juin 2005. Deux mois plus tard, la Cour a suspendu son jugement, ce qui en reporte l'application d'une année.

### **S'agissait-il d'une décision unanime?**

Non. Cette décision a fait l'objet d'une importante division, à quatre juges contre trois. Les quatre juges majoritaires sur la question de la *Charte* québécoise ne s'entendaient même pas sur leurs conclusions. Les trois juges qui n'étaient pas en accord avec la décision de la

majorité ont rédigé leur dissension sans équivoque, en fonction de la preuve, et cette dissension fait partie du jugement. Il manquait deux juges à la Cour au moment de l'audition.

Le débat a été animé, les juges majoritaires reprochant aux juges dissidents une « réaction émotive » dans cette cause<sup>7</sup>. Toutefois, les juges majoritaires ont aussi choisi des formulations choc qui pourraient évoquer des réponses émotives, citant un élément de preuve à l'effet qu'une personne souffrant d'une maladie coronarienne est « assis[e] sur une bombe et peut mourir à tout moment »<sup>8</sup>. Ils fondent également leur décision sur « une preuve incontestée que, dans des cas graves, des patients meurent en raison de listes d'attente pour la prestation de soins de santé publics »<sup>9</sup> – sans autre preuve étayant l'allégation que le fait de pouvoir souscrire à une assurance privée réduirait le nombre de décès.

La juge Marie Deschamps a rédigé les motifs pour la majorité au sujet de la *Charte* québécoise, mais a refusé de rendre une décision en vertu de la *Charte* canadienne, laissant cette question à égalité 3-3. Elle a rejeté l'analyse des juges dissidents ayant trait aux dangers des soins privés, affirmant qu'ils « sont entraînés dans une qualification erronée du débat comme étant une confrontation entre les riches et les pauvres »<sup>10</sup>. Toutefois, quelques paragraphes plus loin, elle soutient elle-même que l'interdiction de souscrire à une assurance privée « crée un obstacle pratiquement insurmontable pour les personnes à revenu moyen. Seules les personnes très fortunées peuvent

raisonnablement se permettre d'avoir recours à des services entièrement privés »<sup>11</sup>. Les autres juges majoritaires soulèvent un argument semblable<sup>12</sup>. Toutefois, comme le soulignent les juges dissidents, ceux et celles qui sollicitent une assurance-maladie privée sont celles qui en ont les moyens et qui y sont admissibles, et ce sont les membres de la société qui sont les plus favorisés<sup>13</sup>.

### Qu'ont dit les juges dissidents?

Ils ont soutenu que l'interdiction québécoise de souscrire une assurance privée constitue une mesure raisonnable. Ils ont accepté la preuve à l'effet que l'accès à une assurance privée alimenterait la croissance des services de santé à but lucratif, ce qui minerait le système public. Leur réponse percutante a soulevé plusieurs autres points importants. Les longues listes d'attente ne se prêtent pas à une solution fondée sur le droit constitutionnel, ont-ils souligné<sup>14</sup>. Ils ont également affirmé que les juges majoritaires n'ont pas clairement défini une voie à suivre et que les arguments sur lesquels se fonde la cause comportent de graves lacunes. Ils ont souligné les faiblesses du raisonnement sur lequel s'appuie la décision des juges de la majorité, remettant en question leur usage de la preuve et déclarant sans équivoque que la preuve soumise à la Cour ne prouvait pas qu'une assurance privée soit la solution adéquate<sup>15</sup>.

Les juges ont clairement établi que la cause pose une question que les tribunaux ne peuvent aborder adéquatement. Ils ont soutenu que la question d'un système de

santé public et d'un système de santé parallèle privé « a longuement été débattue partout au Canada durant plusieurs campagnes électorales fédérales et provinciales. Contrairement à nos quatre collègues... nous sommes incapables d'admettre qu'un tel débat soit tranché par la voie judiciaire<sup>16</sup>. »

Ils ont également soutenu que les tribunaux ne sont pas « bien placés pour remédier à la situation<sup>17</sup> » ou résoudre les problèmes du système de santé public et que « le débat porte sur des valeurs sociales et ne relève pas du droit constitutionnel<sup>18</sup> ». À leur avis, la tribune adéquate pour résoudre la question des listes d'attente se trouve dans l'arène politique<sup>19</sup>. Citant une décision de 2003 de la Cour suprême, les juges soulignent que « les députés sont élus pour prendre de telles décisions et ils ont accès à un plus large éventail de données, à un plus grand nombre de points de vue et à des moyens d'enquête plus souples que les tribunaux<sup>20</sup> ».

Les trois juges dissidents relèvent le vague usage du terme « raisonnable » que les juges majoritaires ont choisi pour décrire les services de santé. Ils posent les questions rhétoriques suivantes : « À quel point une liste d'attente devient-elle suffisamment courte? Combien d'IRM la Constitution prescrit-elle? Les juges majoritaires ne nous en disent rien. Ils n'établissent aucune norme constitutionnelle fonctionnelle<sup>21</sup>. »

Il est utile de citer l'évaluation que font les juges dissidents de l'argumentation de Chaoulli et de Zeliotis, dont ils disent

qu'elle « repose, dans une large mesure, sur des généralisations relatives au système public. Celles-ci découlent elles-mêmes d'événements isolés, d'une perception trop optimiste des avantages de l'assurance-maladie privée, d'une conception simpliste des effets néfastes qu'aurait sur le système de santé public l'autorisation de l'accès aux services de santé du secteur privé et d'une vue trop interventionniste du rôle que les tribunaux devraient jouer, en les incitant à « remédier » aux faiblesses, réelles ou appréhendées, d'importants programmes sociaux<sup>22</sup> ».

Ils soulignent avec raison que la preuve au sujet des listes d'attente fait l'objet « de preuves contradictoires et des arguments opposés », faisant référence tant au rapport Romanow qu'au rapport Kirby<sup>23</sup>.

Finalement, les juges dissidents mettent en garde contre l'usage de la *Charte* pour « écarter » les avantages d'un régime législatif qui vient en aide aux membres plus pauvres de la société<sup>24</sup>.

### Qui cette décision touche-t-elle?

Pour l'instant, personne. Après le prononcé du jugement, le gouvernement du Québec a demandé d'en reporter l'application de 18 mois. Au début août 2005, la Cour a accordé une suspension de 12 mois de l'entrée en vigueur de la décision<sup>25</sup>. Le Québec dispose donc d'une année, à partir du 9 juin 2005, pour améliorer la situation ayant à l'origine mené à la poursuite devant les tribunaux. Depuis le début de cette cause, en 1997, beaucoup de choses

ont changé. Il y a notamment eu un accroissement des transferts fédéraux et de nombreuses initiatives fédérales et provinciales destinées à améliorer nombre d'aspects du système de santé public, y compris à l'égard des listes d'attente. Cela signifie que la porte est toujours grande ouverte pour que le Québec maintienne son interdiction de souscrire une assurance privée et soutienne un système de santé entièrement public. Toutefois, de récentes déclarations, tant du premier ministre que du ministre de la Santé du Québec, remettent en question cet engagement envers le système public, indiquant la nécessité d'exercer de nouvelles pressions sur ce front.

### Cette décision touche-t-elle d'autres provinces?

Non. Même si la décision avait été applicable immédiatement, ses effets auraient été limités à la province de Québec – et, dans cette province, ne touchaient qu'un seul aspect du système provincial de santé. La Cour était divisée sur la question de savoir si l'interdiction québécoise de souscrire une assurance privée enfreignait ou non la *Charte canadienne des droits et libertés* – dont la portée est beaucoup plus étroite que la *Charte* québécoise. La Cour s'est divisée à égalité à trois juges contre trois, la juge Deschamps n'exprimant aucune opinion sur l'infraction à la *Charte* canadienne.

## Cette décision touche-t-elle la Loi canadienne sur la santé (LCS)?

Non. La LCS demeure entièrement en vigueur. Chaoulli et Zeliotis n'ont pas remis en question la constitutionnalité de la LCS. Aucun des juges n'a mis en doute la validité de cette loi. Le jugement dissident mentionne « l'engagement de principe de notre pays à offrir un système de santé fondé sur le besoin plutôt que sur la capacité de payer ou le statut social, comme le prévoit la *Loi canadienne sur la santé* »<sup>26</sup> et fait référence aux principes de la Loi à plusieurs reprises. (Ce sont les juges qui soulignent.)

Les outils judiciaires à la disposition des provinces pour maintenir un système de santé entièrement public demeurent. Même la juge Deschamps, l'une des juges ayant statué en faveur de Chaoulli, affirme : « En ce sens, lorsque mes collègues se demandent si le Québec a compétence, en vertu de la Constitution, pour décourager l'établissement d'un système de santé parallèle, je ne peux, comme eux, que répondre par l'affirmative. »<sup>27</sup>

## Sur quelle preuve s'appuient les juges majoritaires?

Sur un nombre restreint et choisi d'études. La juge Deschamps a écarté quantité d'éléments de preuve présentés au procès – et réitérés dans les présentations à la Cour – affirmant qu'elle était « d'avis que » les effets bien documentés des soins de santé privés étaient « peu probables dans le contexte québécois »<sup>28</sup>.

De façon surprenante considérant la véritable montagne de recherches, de rapports et d'études déposés à la Cour, les juges majoritaires se disent « aux prises avec des arguments opposés, mais non prouvés, qui sont fondés sur le “bon sens” et qui ne représentent rien de plus que des opinions. Nous nageons ici dans la théorie.

»<sup>29</sup> Un analyste des politiques en matière de santé a qualifié d'à tout le moins superficielle l'analyse qu'ont fait les juges majoritaires de la recherche en matière de soins de santé<sup>30</sup>. Les juges dissidents insistent quant à eux pour dire que les experts reconnus « ne se sont pas seulement fondé sur le bon sens »<sup>31</sup>.

Les juges majoritaires se sont principalement appuyés sur le rapport intérimaire du comité Kirby – même si ses conclusions différaient du rapport final. Ils paraphrasent le rapport Kirby en concluant que « loin d'entraîner une détérioration des soins de santé publics, l'apport financier et l'assurance privés contribuent à élargir l'éventail des soins de santé dispensés à l'ensemble de la population, ainsi qu'à améliorer la qualité de ces soins »<sup>32</sup>.

Toutefois, comme le soulignent les juges dissidents, le rapport final du comité Kirby tire des conclusions qui n'appuient pas un système de santé à deux vitesses<sup>33</sup>. Ils citent la conclusion du rapport Kirby que « le fait d'autoriser un système privé parallèle... entraînera une détérioration de la situation [délais d'attente] du système public »<sup>34</sup>.

Les juges majoritaires ont accueilli les arguments du D<sup>r</sup> Edwin Coffey qui affirmait que l'établissement d'un régime d'assurance privé n'aurait aucune incidence sur le régime de santé public, même si le juge de première instance avait conclu que « le D<sup>r</sup> Coffey fait cavalier seul avec son expertise et les conclusions auxquelles il arrive<sup>35</sup> ». Coffey, comme Chaoulli, est agrégé supérieur de recherches à l'Institut économique de Montréal, une organisation de droite.

Les juges majoritaires ont également cité le D<sup>r</sup> Eric Lenczner en autorité, même si le juge et l'avocat de Zeliotis s'entendaient pour ne pas le qualifier d'expert. Lenczner est un chirurgien orthopédiste qui exploite une clinique privée dans un quartier riche de Montréal<sup>36</sup>. Son témoignage « se composait en majeure partie d'anecdotes à peu près dépourvues de portée générale », et comprenait celle d'un patient amateur de golf qui avait dû abandonner la pratique de ce sport pendant une saison à cause de son état de santé<sup>37</sup>.

Les juges dissidents ont remis en question l'utilisation qu'ont fait les juges majoritaires de la preuve, affirmant « qu'il importe de situer des fragments de preuve dans leur contexte ». Ils soutiennent dans leurs critiques qu'il est « particulièrement risqué de s'aventurer de manière sélective dans l'étude de certains aspects de systèmes de santé étrangers que nous connaissons peu, comme Canadiens<sup>38</sup> ». Les juges dissidents s'appuient sur un corps d'études et de témoignages très vaste et divers pour faire valoir leurs arguments.

Enfin, les juges dissidents suggèrent une meilleure solution aux longues listes d'attente. Le gouvernement du Québec dispose d'une « soupape » qui autorise les résidents à se faire soigner à l'extérieur de la province lorsque les délais du système public posent problème. Selon les juges, les patients qui estiment ne pas recevoir un traitement en temps opportun peuvent défier l'administration de cette soupape devant les tribunaux. Ils concluent que cette approche ponctuelle est plus raisonnable que la contestation globale du régime public pour laquelle ont opté Chaoulli et Zeliotis<sup>39</sup>.

### Qui est derrière cette cause?

Les conservateurs américains qualifient le D<sup>r</sup> Jacques Chaoulli de « superstar ». Celui-ci s'entend aussi très bien avec les Canadiens de la droite qui favorisent la privatisation. Peu après que la Cour ait rendu son jugement, Chaoulli a rencontré la crème des Américains de droite qui souhaitent empêcher les régimes de santé publics de pénétrer leur pays<sup>40</sup>. Chaoulli a mené une longue lutte pour offrir des soins de santé privés, y compris en exploitant une entreprise de soins à domicile à Québec.

En contestant l'interdiction de souscrire une assurance privée, Chaoulli poursuivait un objectif très clair, comme l'ont noté les juges dissidents : « la possibilité de souscrire une assurance privée constitue un préalable incontournable au développement et à la vitalité économique d'un secteur de soins de santé privé parallèle. Pour le D<sup>r</sup> Chaoulli en particulier, cette question se situe au cœur

de la présente instance<sup>41</sup>. » Les juges dissidents citent également le jugement de première instance, qui a mis en doute les motivations véritables de Chaoulli<sup>42</sup>.

Le patient du D<sup>r</sup> Chaoulli, George Zeliotis, pose également problème. Les juges dissidents ont soutenu la conclusion du juge de première instance que « M. Zeliotis n'a pas démontré que l'existence de listes d'attente systémiques était à l'origine de son délai d'attente pour un traitement<sup>43</sup>. » En fait, les juges soulignent que le procès présente plusieurs éléments de preuve que « le délai d'attente... de M. Zeliotis résultait non pas des listes d'attente trop longues, mais d'un certain nombre d'autres facteurs, dont son état dépressif préexistant, son indécision et ses plaintes non fondées au sujet des soins médicaux requis... M. Zeliotis a demandé l'avis d'un autre médecin, comme il avait le droit de le faire. Cette demande a retardé davantage l'intervention chirurgicale qu'il devait subir. Qui plus est, son médecin ne le considérait pas comme un « candidat idéal » pour cette chirurgie parce qu'il avait déjà, au cours de la même année, subi un pontage coronarien à la suite d'une crise cardiaque<sup>44</sup>. »

## Évaluation des données internationales

### Quelles sont les données internationales sur l'assurance-maladie privée ?

**Beaucoup de pays ont un système de soins de santé mixte public-privé, chacun avec des caractéristiques complexes et différents cadres de réglementation.** Le jugement majoritaire de la Cour suprême était fondé sur des données qui montrent, à tort, que le Canada est le seul pays développé à imposer des limites en matière d'assurance-maladie privée. La distinction public-privé dans les systèmes de santé est souvent brouillée et, bien que peu de pays interdisent explicitement l'assurance privée pour des services hospitaliers et médicaux, beaucoup arrivent aux mêmes fins par des moyens différents.<sup>45</sup> Les pays préoccupés par la justice et l'égalité sociales consacrent beaucoup d'énergie à restreindre l'industrie des assurances privées parce que celles-ci tendent à entraîner une hausse des coûts et une discrimination à l'encontre des groupes marginalisés de la société.

**L'assurance privée crée des « effets pervers » qui accroissent les coûts et réduisent l'égalité d'accès.** Au R.-U., en Australie et en Nouvelle-Zélande, les spécialistes sont à salaire dans le secteur public et rémunérés à l'acte dans le secteur privé. Ils ont un intérêt financier à maintenir de longues listes d'attente dans leur pratique publique afin de créer une demande pour les services privés.<sup>46</sup>

**L'assurance privée exige une importante réglementation pour en contrer les effets négatifs.** Aux Pays-Bas, la réglementation de l'important système d'assurance privée est complexe et sa portée est considérable. Les personnes ne peuvent pas demander d'être traitées plus rapidement dans le secteur privé. Les fournisseurs ont le même salaire, qu'ils travaillent dans le secteur privé ou public. Les traitements sont fournis dans des hôpitaux exclusivement sans but lucratif. Les nombreuses tentatives des gouvernements de coalition néerlandais pour modifier le strict cadre réglementaire tout en protégeant l'accès égal se sont révélées extrêmement difficiles.<sup>47</sup>

En Australie, la loi empêche les assureurs privés d'éviter les risques en refusant d'assurer les patients atteints d'affections pré-existantes ou dont les besoins sont plus complexes. Le Royaume-Uni a instauré des mesures pour que les spécialistes travaillent un nombre d'heures réservées dans le secteur public. La Suède, le Luxembourg, la Grèce et l'Italie interdisent aux médecins de pratiquer dans les deux secteurs en même temps.<sup>48</sup>

### Les patients se rendent compte que l'assurance privée est une arnaque.

L'assurance-maladie privée est devenue si impopulaire en Australie que le gouvernement fédéral a dû protéger le secteur grâce à d'immenses subventions aux entreprises et à des pénalités imposées aux citoyens qui refusent d'y souscrire. Le gouvernement finance 30 pour cent des rabais accordés aux riches Australiens qui se procurent une assurance privée, en plus

d'imposer une pénalité de un pour cent aux contribuables à revenu moyen et élevé qui ne se procurent pas de police d'assurance. En 2000, le gouvernement a haussé la barre d'un cran en permettant un supplément de prime aux clients qui ne souscrivaient pas avant la date limite du 1<sup>er</sup> juillet.<sup>49</sup>

**Les restrictions à l'assurance privée ne sont que l'une des nombreuses options mise en œuvre pour protéger les soins de santé publics.** Les réglementations fédérales et provinciales au Canada ont permis de contenir quelque peu la croissance de l'industrie des soins à but lucratif, bien que plusieurs provinces favorisent maintenant plus énergiquement la privatisation. Au lieu d'interdire l'assurance privée, certaines provinces interdisent aux médecins de travailler dans le secteur public en même temps que dans le secteur privé.<sup>50</sup> Sans possibilité de profiter du système public, les marchés privés ont moins de place pour prendre de l'expansion.

### **Quelles sont les données internationales sur la privatisation des soins de santé ?<sup>51</sup>**

**Le financement privé et la prestation à but lucratif allongent les listes d'attente.** Les pays où existent des systèmes hospitaliers privés parallèles ont des listes et des temps d'attente plus longs dans le système public que les pays dotés d'un système à payeur unique.<sup>52</sup> La même chose est vraie lorsque les systèmes public et privé co-existent dans un pays. Une étude menée en 1997 par des chercheurs de l'Université du Manitoba a montré que les

patients devaient attendre près de trois fois plus longtemps pour subir une chirurgie de la cataracte lorsque leur médecin travaillait tant dans le système public que dans le système privé.<sup>53</sup> Les soins de santé privés exacerbent les problèmes de listes d'attente pour les raisons suivantes :

- Le système privé attire les médecins et d'autres professionnels de la santé, déjà en nombre insuffisant, hors du système public.
- Les médecins qui pratiquent dans les deux systèmes ont intérêt à favoriser leur pratique privée en allongeant les délais du côté public.
- Les cliniques et hôpitaux privés tendent à « préférer » les patients qui sont en meilleure santé et plus jeunes. Ils s'occupent des cas non urgents « plus faciles » et laissent les cas plus lourds au système public.<sup>54</sup>

Pour en savoir plus sur les effets de la privatisation sur les listes d'attente, voir *Analyse de la décision Chaoulli : de véritables solutions pour des listes d'attente plus courtes.*

**Les frais d'administration augmentent avec la privatisation.** En Grande-Bretagne, les réformes axées sur le marché instaurées par le gouvernement conservateur et poursuivies par les travaillistes ont accru les niveaux de gestion et d'administration dans l'ensemble du NHS. Entre 1997 et 2002, le nombre de cadres supérieurs a augmenté de 59 pour cent, comparativement à une augmentation de 27 pour cent des effectifs de la NHS.<sup>55</sup> Le nombre de membres du personnel administratif et de bureau a augmenté de 18 pour cent dans la décennie

menant à 1991, tandis que les frais d'administration sont passés de 6 pour cent des dépenses du NHS à 11 pour cent pendant la même période.<sup>56</sup>

Les frais d'administration aux États-Unis sont de plus de 31 pour cent des dépenses en santé comparativement à 16,7 pour cent au Canada. Les frais généraux du programme d'assurance-maladie du Canada sont de 1,3 pour cent. Quant aux frais généraux des assureurs privés, ils sont élevés partout dans le monde : 13,2 pour cent au Canada, 15,8 pour cent en Australie, 20,4 pour cent en Allemagne, et 11,7 pour cent aux États-Unis. La tarification et le marketing comptent pour les deux tiers des frais généraux additionnels.<sup>57</sup>

**Le financement public subventionne les profits des entreprises et le revenu des cadres.** Entre 1995 et 2003, les coûts de main-d'œuvre sont passés de 57 pour cent à 46 pour cent des dépenses du NHS tandis que le montant consacré aux biens et services du secteur privé est passé de 40 pour cent à 52 pour cent des dépenses.<sup>58</sup> Les profits des organisations de la santé américaines de 11,4 milliards de dollars en 2004 avaient augmenté de 11 pour cent par rapport à l'exercice précédent. L'année d'avant, les profits des HMO avaient augmenté de 86 pour cent.<sup>59</sup> Les cadres supérieurs qui gèrent les régimes privés touchaient des salaires moyens de plus de 15 millions de dollars en 2002, sans compter leurs actions.<sup>60</sup>

**La concurrence entraîne plus de frais de transaction.** La sous-traitance des services exige la formulation de spécifications et de normes précises, l'administration du

contrat et le contrôle de la conformité. Plus les acheteurs sont fragmentés, plus leur pouvoir de négociation est faible. Aux États-Unis, la concurrence entraîne un dédoublement des installations de traitement des demandes et les fournisseurs doivent s'occuper de multiples produits d'assurance – avec différentes règles d'admissibilité et exigences d'approbation, différentes procédures de facturation et de paiement et différents réseaux d'aiguillage.<sup>61</sup> Une méticuleuse méta-analyse effectuée par P.J. Devereux et ses collègues a permis de montrer que les paiements pour les soins dans les hôpitaux à but lucratif étaient supérieurs de 19 pour cent à ceux des hôpitaux sans but lucratif.<sup>62</sup> La fragmentation empêche aussi les budgets globaux pour les fournisseurs, l'un des facteurs qui expliquent les frais généraux minimes du système canadien.

**Le financement privé de l'infrastructure des soins de santé accroît les coûts et affaiblit la qualité.** Les partenariats public-privé au Royaume-Uni et en Australie, tout comme au Canada, sont pleins de problèmes liés à mauvaise qualité, à la conception inappropriée et aux normes dangereusement inadéquates de nettoyage et d'autres services de soutien.<sup>63</sup> Au Royaume-Uni, le coût élevé de la première vague de projets d'hôpitaux en IFP (initiative de financement privé) a entraîné une diminution des lits de 30 pour cent et une réduction de 25 pour cent des budgets consacrés au personnel clinique.<sup>64</sup>

**Les normes de soins sont moins élevées dans les établissements à but lucratif.** Les foyers de soins infirmiers appartenant à des investisseurs privés sont plus souvent

cités pour leur mauvaise qualité et l'insuffisance des soins infirmiers offerts,<sup>65</sup> et les foyers pour personnes âgées appartenant à des investisseurs offrent moins de soins aux mourants<sup>66</sup> que dans les établissements sans but lucratif. Le taux de mortalité est plus élevé dans les hôpitaux et les cliniques de dialyse à but lucratif.<sup>67</sup>

**Les soins de santé à but lucratif enchâssent les inégalités du statut de la santé et de l'accès aux soins.** Les réductions imposées par le gouvernement australien au secteur public et les incitatifs à recourir aux soins de santé privés ont mené à de graves inégalités pour les citoyens des régions rurales et les Aborigènes.<sup>68</sup> Aux États-Unis, où les soins de santé coûtent plus cher et sont plus lourdement commerciaux que n'importe où ailleurs dans le monde, 14 pour cent de la population – 40 millions de personnes – n'ont pas d'assurance-maladie.<sup>69</sup> Quarante-vingt pour cent des personnes sans assurance sont des travailleurs.<sup>70</sup> Les bénéficiaires les plus pauvres du *Medicare* consacrent la moitié de leur revenu aux soins médicaux et les factures médicales non payées provoquent 200 000 faillites par année.<sup>71</sup> Les membres des minorités visibles américaines ont au moins deux fois plus de chances d'être non assurés que les blancs.<sup>72</sup>

Une recherche menée récemment en Suède montre que l'équité et la solidarité sociale diminuent à cause des frais d'utilisation, du rationnement du secteur public et d'autres réformes de la santé axées sur le marché. Après l'augmentation des frais imposés aux patients, les personnes à faible revenu, qui ont des taux plus élevés

de maladies chroniques et d'invalidité, ont eu tendance à reporter ou à renoncer aux soins plus souvent que ceux qui étaient mieux nantis. Et cette tendance était particulièrement vraie pour les immigrants.<sup>73</sup>

**Les soins de santé à but lucratif nuisent à la formation des professionnels de la santé.** Les hôpitaux publics sont presque exclusivement le lieu de formation des étudiants en médecine, en soins infirmiers et d'autres professions de la santé. En attirant un personnel expérimenté hors du système public, le secteur privé est subventionné par le système d'éducation financé par les deniers publics et les problèmes de ressources humaines en santé s'en trouvent exacerbés.

**La privatisation est souvent imposée en dépit des objections des fournisseurs locaux.** Au Royaume-Uni, le ministère de la Santé a obligé les régies de soins primaires de l'Oxfordshire à établir un centre de traitement privé controversé pour les chirurgies des cataractes, même si les médecins craignaient que le centre nuise à la viabilité financière de l'hôpital public de soins ophtalmologiques d'Oxford.<sup>74</sup> À la fin de 2005, les fournisseurs de soins primaires devront offrir à leurs patients au moins un choix d'hôpital privé parmi les choix d'orientation. Peu importe ce que les médecins recommandent ou ce que choisissent les patients, les ministres veulent qu'au moins 10 pour cent des chirurgies électives du NHS soient effectuées par le secteur privé en 2006, une norme qui devra grimper à 15 pour cent d'ici 2008.<sup>75</sup> Cette politique a été fermement critiquée par la *British Medical Association*. Les gestionnaires du NHS de

Londres qui travaillent pour le secrétaire à la santé John Reid ont étudié les plans et ont conclu qu'ils coûteraient trop cher et qu'ils affaibliraient la viabilité des établissements publics du NHS.<sup>76</sup>

## De véritables solutions pour réduire les listes d'attentes

### Les soins de santé privés aideront-ils à diminuer les listes d'attente ?

Non – bien au contraire. Les faits en provenance du Canada et d'autres pays développés montrent que le paiement et la prestation privés contribuent plutôt à rallonger les listes d'attente.

L'Angleterre et la Nouvelle-Zélande, qui ont des systèmes parallèles d'hôpitaux privés, ont de plus importantes listes d'attente et des délais plus longs dans le système public que les pays dotés d'un système à payeur unique.<sup>77</sup> Des études comparant les listes d'attente à l'intérieur d'un même pays ont montré des inégalités semblables; plus il y a de soins à but lucratif dans une région donnée, plus les patients doivent attendre longtemps dans le système public.<sup>78</sup> En Grande-Bretagne, l'attente a diminué lorsque le financement public et le nombre de membres du personnel des premières lignes ont augmenté.<sup>79</sup>

Lorsque la Suède a permis la croissance des hôpitaux privés et des « marchés internes », les listes d'attente sont revenues aux niveaux du début des années 90.<sup>80</sup> Le nombre de patients en attente de chirurgies de la cataracte a presque doublé entre 1992 et 2000.<sup>81</sup> Lorsque, en 2001, l'hôpital Capio de Stockholm et d'autres hôpitaux à but lucratif n'ont pas réussi à réaliser les économies ou les hausses de productivité attendues, le gouvernement a adopté une loi pour empêcher les municipalités de

privatiser d'autres hôpitaux.<sup>82</sup> Des lois plus récentes interdisent aux nouveaux hôpitaux privés de traiter des patients assurés par l'État, pour mettre fin à la pratique des patients privés qui paient pour contourner les listes d'attente.<sup>83</sup>

Le gouvernement australien subventionne lourdement les assurances privées. Pourtant, les temps d'attente sont semblables à ceux du Canada.<sup>84</sup> Une évaluation du système privé parallèle en Australie effectuée par Jeremiah Hurley et ses collègues a montré que les subventions accordées par le gouvernement aux assurances privées coûtent 1,5 milliard de dollars par année.<sup>85</sup> Si cet argent était investi dans des hôpitaux publics, entre la moitié et les deux tiers des demandes privées seraient résolues.<sup>86</sup> En 1998, le gouvernement a permis le « resquillage » par des patients privés dans les hôpitaux publics et les faits montrent que les revenus plus élevés gagnés grâce aux patients privés leur donnaient droit à un traitement préférentiel.<sup>87</sup>

En Nouvelle-Zélande, les réformes axées sur le marché mises en œuvre dans les années 90 ont mené à une augmentation des coûts et des listes d'attente. Le gouvernement a institué des marchés internes et invité la concurrence entre les hôpitaux publics et privés. Résultats ? Les prix dans les hôpitaux privés étaient généralement plus élevés que dans les hôpitaux publics, les frais d'administration ont grimpé de 40 pour cent en deux ans et les listes d'attente des hôpitaux se sont allongées, parfois jusqu'à 50 pour cent.<sup>88</sup>

Le nouveau gouvernement élu en 1999 a changé de cap et renversé plusieurs réformes commerciales.

Les expériences tentées au Canada en matière de soins privés pour réduire les listes d'attente ont aussi échoué. Une étude menée en 1997 par Carolyn DeCoster et ses collègues de l'Université du Manitoba a montré que les patients attendaient plus longtemps avant de subir une chirurgie de la cataracte si leur médecin travaillait en même temps dans le système public et dans le système privé. Ces patients pouvaient attendre jusqu'à 26 semaines, tandis que les patients dont les médecins ne travaillaient que dans les hôpitaux publics recevaient leur traitement dans les 10 semaines. Ce sont les personnes provenant de quartiers plus favorisés qui étaient traitées le plus rapidement. Les femmes attendaient environ trois semaines de plus que les hommes pour subir leur chirurgie.<sup>89</sup>

Wendy Armstrong, chercheuse pour l'Association des consommateurs de l'Alberta, a obtenu des résultats semblables pour les patients en attente de chirurgie de la cataracte en Alberta. À Calgary, où toutes les chirurgies de la cataracte étaient effectuées dans les cliniques privées, les patients attendaient en moyenne de 16 à 24 semaines. À Edmonton, où 80 pour cent des chirurgies de la cataracte étaient effectuées dans des hôpitaux publics, les listes d'attente étaient de cinq à sept semaines.<sup>90</sup>

### **Pourquoi les assurances privées et la prestation privée ne règlent-elles pas les problèmes de temps d'attente ?**

Les professionnels de la santé sont attirés hors du système public.<sup>91</sup> Les heures que consacrent les médecins, les infirmières, les techniciens et autres professionnels aux établissements privés sont des heures enlevées au secteur public. Il y a déjà pénurie de professionnels et il faut de nombreuses années pour en former d'autres.

Puisque les médecins gagnent plus cher dans le secteur privé<sup>92</sup>, ils ont avantage à maintenir des listes d'attentes plus longues dans leur pratique publique pour inciter leurs patients à avoir recours à leur pratique privée.<sup>93</sup>

Les cliniques et les hôpitaux privés ont tendance à « choisir » des patients qui sont en meilleure santé et plus jeunes et à fournir des soins non urgents.<sup>94</sup> Les établissements à but lucratif ont aussi tendance à fournir des normes de soins moins élevées.<sup>95</sup> Les cas dispendieux et les complications sont laissés au secteur public, ce qui accroît la demande sur le système public.

À mesure que les patients privilégiés – ceux qui sont mieux armés pour exiger des soins rapides et un financement suffisant – abandonnent le système public, les fournisseurs et les gouvernements sont moins portés à résoudre les problèmes de listes d'attente.

## Quelles sont les solutions aux longues listes d'attente ?

Il faut une meilleure gestion et des ressources ciblées pour s'attaquer au problème des goulots d'étranglement dans la santé.

**Investir les dollars de la santé dans la prestation publique.** Le Fonds de réduction des listes d'attente du gouvernement fédéral et les paiements de transfert pour la santé doivent servir exclusivement à la prestation de services sans but lucratif. De même, le financement provincial doit servir aux établissements publics et non aux cliniques privées.

**Centraliser et coordonner l'information sur les listes d'attente.** Il faut notamment instaurer des définitions et des mesures standardisées. À l'heure actuelle, selon l'organisme qui assure le suivi, le chronomètre des listes d'attente se met en marche à différents moments : lorsque le patient est orienté par son médecin de famille, lorsqu'il est accepté par un spécialiste, lorsqu'il est inscrit par l'hôpital ou à un autre moment quelconque. C'est l'Institut Fraser qui possède l'indicateur le moins fiable : l'opinion des médecins quant au temps que devront attendre leurs patients.<sup>96</sup>

**Garder les listes à jour et valides.** Les listes sont souvent peu fiables et contiennent des patients qui ont déjà subi l'intervention, qui n'en ont plus besoin ou qui sont morts. Les décisions pour déterminer qui doit recevoir quelle chirurgie ne sont basées sur aucune ligne directrice clinique pratique.<sup>97</sup> Des études

menées en Grande-Bretagne et dans d'autres pays ont montré qu'entre 20 et 30 pour cent des patients inscrits sur des listes d'attente n'ont aucune raison d'y être.<sup>98</sup> Le retrait des personnes qui ne devraient pas figurer sur une liste réduit les annulations de dernière minute et permet aux gestionnaires de mieux planifier.

**Coordonner la gestion des listes d'attente.** La plupart des listes sont tenues individuellement par des médecins et les patients ne sont pas régulièrement transférés sur la liste la plus courte. Des progrès sont réalisés grâce à des projets comme le Réseau de soins cardiaques de l'Ontario, le Réseau de soins chirurgicaux de la Saskatchewan et le Projet de listes d'attente de l'ouest du Canada.<sup>99</sup> Toutefois, l'amélioration des données et l'établissement de points de repère ne sont que le premier pas. Il faut inscrire les patients sur les listes plus courtes et intégrer les soins pour réduire les goulots d'étranglement.

**Centraliser les réservations, élargir la gestion de cas et améliorer le travail d'équipe.** Michael Rachlis recommande des ententes de soins partagés, en vertu desquelles les médecins de famille consultent des spécialistes pour réduire les aiguillages inutiles.<sup>100</sup> Le Dr Rachlis souligne également le succès des gestionnaires de cas – le personnel hospitalier qui se spécialise dans la coordination des soins des patients, par exemple en trouvant des professionnels disponibles, en organisant le transfert des patients dans la région ou à l'extérieur de la province et en facilitant l'accès à d'autres services.<sup>101</sup>

**Consolider les différentes étapes du diagnostic et du traitement.** Le Centre de la santé du sein de Sault Ste. Marie, en Ontario, a réduit les temps d'attente entre la mammographie et le diagnostic du cancer du sein de 83 pour cent en intégrant les procédures de diagnostic – mammographie, échographie et biopsie.<sup>102</sup>

**Investir dans les infrastructures du secteur public et la dotation en personnel pour éliminer les retards.** Pour certains traitements, les équipements et les établissements inadéquats nuisent à la prestation des soins. Dans tout le système de santé, les pénuries de professionnels de la santé et les systèmes d'éducation surtaxés ralentissent les progrès. L'augmentation de l'utilisation des salles d'opération existantes et d'autres infrastructures, de même que la construction et la dotation en personnel de nouvelles cliniques de chirurgie dans le secteur public aideront à combler les manques.

**Coordonner les soins pour corriger les écarts entre capacité et demande.** Michael Rachlis soutient que des ressources supplémentaires peuvent aider les professionnels à répondre à la demande, mais nous devons mieux gérer le débit des patients dans le système pour arriver à une solution durable. La consolidation des listes et des procédures et la coordination des soins sont nécessaires pour faire une percée réelle dans les listes, tout comme des méthodes démocratiques et transparentes pour allouer du temps de salle d'opération.<sup>103</sup>

**Utiliser le plein potentiel des professionnels de la santé et favoriser la collaboration multidisciplinaire.** En utilisant le plein potentiel des infirmières et infirmiers – IAA et psychiatriques – de même que du personnel paramédical et des autres professionnels, il sera plus facile de répondre à la demande. Il faut également faire des progrès plus rapides vers le travail d'équipe multidisciplinaire.

**Élargir les services et améliorer la coordination des soins prolongés.** La mise en place de soutiens communautaires contribuera à réduire la pression exercée sur les salles d'urgence et les lits d'hôpitaux. Une étude menée en Colombie-Britannique sur les soins à domicile par Marcus Hollander a conclu que, en moyenne, le coût assumé par le gouvernement pour les clients des soins à domicile était inférieur de moitié ou des trois quarts à celui exigé pour les soins des clients en établissement.<sup>104</sup> Le financement insuffisant des soins à domicile et des soins de longue durée en établissement a accru le fardeau des hôpitaux et exacerbé le problème des listes d'attente.

**Consacrer de l'énergie et des ressources à la réforme des soins primaires.** Les équipes de pratique familiale et des solutions de rechange à la rémunération à l'acte ont fait quelques progrès au cours des dernières années, mais le rythme est lent. Les centres de santé communautaire, malgré leur succès démontré, n'ont pas été étendus dans la plupart des provinces. L'investissement dans la prévention de la maladie et la gestion des affections chroniques, les équipes multidisciplinaires et les programmes publics de santé

communautaire amélioreraient le résultat pour la santé et réduiraient la dépendance envers le système de soins aigus.

## Analyse de la décision Chaoulli : les dangers commerciaux de la privatisation

### Quelles seront les conséquences commerciales de l'arrêt Chaoulli ?

Les conséquences commerciales possibles de l'arrêt Chaoulli sont énormes. Même si la décision se limite clairement au Québec, des dispositions clés de deux accords de commerce internationaux pourraient étendre la portée du jugement à tout le Canada si l'assurance privée peut s'implanter au Québec. Dans un tel contexte, les obligations du Canada en vertu des accords de commerce internationaux accroissent le danger de la privatisation et de la commercialisation des soins de santé publics.

L'Accord de libre-échange nord-américain (ALÉNA) et l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) contiennent tous deux des dispositions d'une très grande portée sur l'investissement et les services qui favorisent et renforcent la privatisation.

C'est de l'ALÉNA que vient la menace la plus sérieuse<sup>105</sup>. Les politiques et les services publics ont déjà fait l'objet de contestations en vertu de dispositions très générales relatives aux investissements qui permettent aux entreprises de poursuivre un gouvernement étranger si elles considèrent qu'une mesure gouvernementale (règlement, loi ou politique) entraîne une diminution de leurs

profits. Les services publics comme les soins de santé sont, pour la plupart, protégés contre ces règles d'investissement – tant qu'ils demeurent publics<sup>106</sup>.

Aggravant davantage le risque, le Canada a « inscrit » – mis sur la table de négociations – l'assurance-santé privée dans la catégorie des règles sur les services financiers de l'AGCS en 1994<sup>107</sup>, accordant ainsi à des assureurs privés des États-Unis et d'Europe de nouveaux droits et pouvoirs et rendant beaucoup plus difficile le développement futur de services assurés publiquement.

L'AGCS contient aussi des dispositions connexes sur l'accès aux marchés et le traitement national dont la mise en œuvre pourrait être enclenchée par l'introduction de l'assurance privée dans les soins de santé publics<sup>108</sup>. Les accords commerciaux et l'assurance-maladie ne vont tout simplement pas ensemble, ou plutôt, « ils reposent sur des principes qui sont, à la base, incompatibles<sup>109</sup> ».

Malgré ces faits, l'arrêt de la Cour suprême n'a pas tenu compte des dangers commerciaux des soins à but lucratif. Comme le fait remarquer l'analyste en commerce Scott Sinclair, cette décision est un cheval de Troie pour les grandes entreprises de soins de santé et d'assurances qui veulent obtenir l'accès au « marché » du Canada et en tirer des profits<sup>110</sup>.

## Comment les grandes entreprises pourraient-elles utiliser les accords commerciaux pour accéder au marché des soins de santé du Canada?

Si les compagnies d'assurances privées obtiennent le droit de couvrir des interventions assurées publiquement au Québec, elles auront un point d'entrée pour forcer l'ouverture des services dans le reste du pays, même si les tribunaux des autres provinces n'ont pas déclaré qu'il est inconstitutionnel d'interdire l'assurance privée.

Permettre aux assurances privées de couvrir les services assurés publiquement mettra les régimes provinciaux d'assurance-maladie du Canada en concurrence avec des fournisseurs privés et ouvrira la porte aux contestations commerciales<sup>111</sup>. Réagissant aux inquiétudes suscitées par l'inclusion possible de l'assurance-santé privée dans l'AGCS en 1994, les fonctionnaires fédéraux ont soutenu que l'actuel système d'assurance-maladie publique ne serait pas touché puisque l'AGCS exclut les services gouvernementaux qui ne sont fournis « ni sur une base commerciale, ni en concurrence avec un ou plusieurs fournisseurs de services<sup>112</sup> ». L'arrêt Chaoulli, s'il est appliqué, éliminera cette protection.

L'assurance privée pour les services qui ne sont pas assurés par des régimes publics pose un autre problème, en particulier parce que les gouvernements désassurent plus de services et n'en approuvent pas de nouveaux. Les gouvernements ont déjà de

la difficulté à augmenter les services assurés publiquement et à ramener des services privatisés dans le système public. Si l'arrêt Chaoulli accroît l'accès des compagnies d'assurances privées au marché, la situation s'embrouillera encore plus<sup>113</sup>.

Le fonctionnement en tandem des règles de l'AGCS et des dispositions contraignantes de l'ALÉNA sur l'expropriation accélérerait la croissance des marchés d'assurances privées et rendrait presque impossible l'expulsion des assureurs privés du secteur de la santé.

Les politiques des provinces, guidées par la *Loi canadienne sur la santé*, découragent expressément la croissance des marchés de l'assurance privée, notamment en établissant des plafonds pour les frais, en restreignant la facturation directe et la surfacturation, en évitant de subventionner la pratique privée et en garantissant le paiement, par une autorité publique provinciale, de soins de santé assurés publiquement<sup>114</sup>.

Si l'on permet à l'assurance privée de s'étendre dans ce qui est actuellement un domaine interdit, ces politiques gouvernementales seront considérées comme des barrières commerciales illégales. Dans des secteurs assurés comme l'assurance-maladie, l'AGCS garantit aux fournisseurs de services étrangers l'accès au marché et aux mêmes subventions gouvernementales et autres avantages que les fournisseurs nationaux.

## Mais n'y a-t-il pas des protections enchâssées dans ces accords ?

Comme le système public d'assurance-maladie du Canada a été instauré dans le contexte du monopole de l'État sur l'assurance-maladie, les protections minimales négociées par le Canada dans le cadre de l'AGCS et de l'ALÉNA reposent sur la séparation entre les « marchés » public et privé de l'assurance-santé. Comme le constate Scott Sinclair, « c'est le caractère public et sans but lucratif du système de soins de santé du Canada qui réduit les risques de contestations en vertu des traités commerciaux. Si cette base change, les défenses de notre système de soins de santé ... s'effondreront<sup>115</sup>. »

La portée des règles commerciales pourrait s'étendre de façon importante car les protections étroites garanties par l'AGCS et l'ALÉNA ne permettraient pas aux gouvernements d'offrir des services qui seraient en concurrence avec ceux des fournisseurs de soins privés. L'arrêt de la Cour suprême pourrait détruire cette séparation fondamentale si les assureurs privés, y compris des entreprises étrangères, obtenaient le droit d'assurer l'éventail complet des services de santé au Québec. Dans une telle éventualité, les exemptions négociées pour les soins de santé au Canada seraient sans effet<sup>116</sup>.

Si l'interdiction des assurances privées qui couvrent des soins de santé assurés publiquement est supprimée ou atténuée au Québec, les obligations du Canada en matière de commerce rendront très difficile la limitation de la croissance d'une médecine à deux vitesses ou le retour à un système d'assurance-maladie public et universel. En particulier, les dispositions de l'ALÉNA relatives aux différends investisseurs-États « risquent de rendre irréversible toute expérience tentée dans le domaine des soins de santé privés<sup>117</sup> ».

## Le rôle des médicaments dans l'augmentation des dépenses de santé

### Quels sont les coûts qui exercent vraiment des pressions sur le système de santé canadien ?

Dans la foulée de la récente décision de la Cour suprême sur l'assurance-maladie privée, le médecin pro-privatisation Jacques Chaoulli et ses sympathisants ont soutenu que la nature « monopolistique » de l'assurance-maladie était inefficace et que les travailleurs de la santé étaient à blâmer pour la hausse des coûts. Pourtant, les revenus des travailleurs des premières lignes sont demeurés stables ou ont diminué, selon la province. Le plus important facteur d'augmentation des dépenses de santé est le prix des médicaments et c'est un facteur que nous pouvons contrôler sans compromettre la qualité des soins de santé.

Les données de l'Institut canadien d'information sur la santé sur les dépenses des hôpitaux montrent que les services de soutien ont chuté, passant de 22,1 pour cent des dépenses des hôpitaux en 1993-1994 à 16,9 pour cent en 1999-2000. Dans l'ensemble, les dépenses des hôpitaux ont diminué au cours des 30 dernières années en relation avec les dépenses totales en santé. Pendant les années 90, la part du total des dépenses de santé consacrées aux hôpitaux a décliné de 7,7 pour cent. Les dépenses canadiennes consacrées aux hôpitaux totalisaient 34,4 milliards de dollars en 2002.<sup>118</sup>

Par ailleurs, les dépenses consacrées aux médicaments ont augmenté de façon constante. Le coût des médicaments d'ordonnance a grimpé de 62,3 pour cent entre 1994 et 2004.<sup>119</sup> En tenant compte de l'inflation, le montant que nous consacrons aux médicaments augmente entre 7 et 8 pour cent chaque année -- trois fois plus que l'inflation.<sup>120</sup>

Les médicaments arrivent maintenant au deuxième rang, après les hôpitaux, dans le pourcentage des dépenses totales de santé et ont dépassé les dépenses consacrées aux médecins en 1997. La part des dépenses totales qui vont aux médicaments est passée de 9,5 pour cent en 1985 à 16,2 pour cent en 2002. Les dépenses devaient atteindre 21,8 milliards de dollars, ou 16,7 pour cent du total des dépenses de santé en 2004.<sup>121</sup>

La rapide montée du coût des médicaments est surtout due à l'apparition constante de médicaments nouveaux et plus chers qui remplacent des produits plus vieux et moins chers. Dans la majorité des cas, les nouveaux médicaments n'offrent aucun avantage additionnel. L'évaluation des nouveaux médicaments au Canada, en France et aux États-Unis indique qu'au mieux, un quart des nouveaux médicaments offrent certains avantages cliniques additionnels et qu'aussi peu que trois pour cent offrent un progrès thérapeutique majeur.<sup>122</sup>

La multiplicité et la fragmentation des régimes d'assurance-médicaments canadiens entravent l'amélioration de la gestion des médicaments, notamment les décisions quant aux médicaments qui doivent bénéficier d'un financement et la capacité de négocier des prix moins élevés. En Australie, le coût des médicaments est inférieur de 10 pour cent à celui du Canada parce qu'il n'y a qu'un seul acheteur et, en Nouvelle-Zélande, les économies grimpent à 50 pour cent grâce aux méthodes de négociations coordonnées.<sup>123</sup> La tendance à l'achat en vrac dans certaines provinces est un pas en avant, mais un programme national d'assurance-médicaments permettrait des économies beaucoup plus importantes et améliorerait la qualité des ordonnances.<sup>124</sup>

Les autres facteurs qui sous-tendent le coût élevé des médicaments incluent notamment l'influence des compagnies pharmaceutiques sur la recherche, l'éducation et la pratique clinique<sup>125</sup>, une publicité agressive<sup>126</sup> et la protection par brevet dont jouissent les fabricants de médicaments d'origine.<sup>127</sup>

## Il faut agir

L'arrêt Chaoulli de la Cour suprême n'est pas un permis pour privatiser le système de santé du Canada. Mais les tenants de la privatisation tentent d'en élargir le sens pour servir leurs propres intérêts politiques. Les Canadiens et les Canadiennes doivent faire pression sur les élus fédéraux et provinciaux pour qu'ils s'attaquent aux vraies causes des listes d'attente.

### Que devraient faire les gouvernements provinciaux dans la foulée de l'arrêt Chaoulli ?

Le Québec doit utiliser le sursis de 12 mois que lui a accordé la Cour pour renforcer la prestation et l'assurance publiques des soins de santé et pour réduire les listes d'attente.

Toutes les provinces et tous les territoires doivent :

- stopper la prolifération des assurances privées et de la prestation de soins privés et à but lucratif, incluant les cliniques privées;
- renforcer les mesures réglementaires qui protègent les soins de santé publics, entre autres, en interdisant aux professionnels de la santé de travailler en même temps dans les secteurs public et privé et aux médecins qui sont désengagés du régime public d'assurance-maladie d'imposer des frais plus élevés que ceux du secteur public;
- investir dans des programmes publics de soins prolongés et d'assurance-médicaments pour étendre et renforcer l'assurance-maladie;
- accélérer la réforme des soins de première ligne, en y incluant la pratique multidisciplinaire, des solutions de rechange à la rémunération à l'acte, la promotion de la santé et des programmes de soins de longue durée;
- permettre aux professionnels de la santé d'exploiter pleinement leurs connaissances et leurs compétences et de travailler en collaboration;
- réinvestir dans les soins de santé publics et cesser de désassurer des services;
- régler le problème des listes d'attente à l'aide de ressources ciblées et d'une meilleure gestion;
- communiquer au ministre fédéral de la Santé tous les renseignements relatifs aux cliniques privées et aux autres fournisseurs de soins santé à but lucratif, y compris le nombre de ces établissements, les montants qui y sont consacrés et le nombre de services qui y sont offerts;
- adhérer aux principes de la *Loi canadienne sur la santé* et affecter tous les fonds fédéraux aux fournisseurs publics de soins de santé.

## Que devrait faire le gouvernement fédéral à la suite de l'arrêt Chaoulli ?

Il faut contraindre le ministre de la Santé, Ujjal Dosanjh, à s'attaquer aux vraies causes des listes d'attente. M. Dosanjh doit mieux surveiller l'application de la *Loi canadienne sur la santé*, notamment en prenant des mesures contre les cliniques privées et à but lucratif qui minent le système de santé public et en interdisant les partenariats public-privé (PPP) dans les soins de santé.

Le ministre affirme lui-même que les cliniques privées nuisent au système. Il a déclaré sur les ondes d'une station de radio de Vancouver que « lorsque vous avez beaucoup de cliniques privées, cela draine l'énergie, le capital et le personnel du système public vers le privé et le système public se retrouve dans une situation encore pire. »

M. Dosanjh a affirmé que les cliniques privées et à but lucratif ne sont pas une panacée pour les longues listes d'attente et a admis qu'elles « ne sont pas plus efficaces et ne coûtent pas moins cher que le système de santé public ».

Il est rassurant de constater que M. Dosanjh est conscient que les cliniques privées nuisent au système public. Mais cette prise de conscience doit se traduire par des gestes concrets :

- Le gouvernement fédéral doit poser des conditions à l'octroi du financement en santé. Les fonds fédéraux transférés aux provinces doivent être exclusivement

consacrés à la prestation publique des soins de santé. Cette condition pourrait améliorer les soins de santé publics tout en réduisant les listes d'attente et en limitant la possibilité de contestations en vertu des accords commerciaux.

- D'autres mécanismes de reddition de comptes pourraient être bénéfiques pour les soins de santé publics, comme une amélioration radicale de la surveillance, de l'application et de la présentation de rapports en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. À ce chapitre, le gouvernement fédéral brille par son inaction.
- Une partie des mesures strictes d'application de la *LCS* devrait consister, pour le gouvernement fédéral, à refuser tout financement aux provinces qui violent les principes de cette loi en permettant l'expansion de cliniques à but lucratif et d'autres exploitants privés.
- Le gouvernement fédéral doit aussi préparer l'avenir et développer les soins de santé publics. L'établissement d'un programme national de soins à domicile, avec un financement conditionnel à la fourniture publique des soins et au respect de la *Loi canadienne sur la santé*, serait une importante amélioration.

- Une autre innovation très nécessaire, qui permettrait de limiter les coûts qui grimpent le plus vite dans les soins de santé, serait la création d'un programme national d'assurance-médicaments, avec un formulaire basé sur les faits, des prix établis en fonction du coût de référence, des achats en vrac et un accès plus rapide aux médicaments non brevetés.
- *Enfin, le gouvernement fédéral doit, lors des prochaines rondes de négociations commerciales, soustraire les services de soins de santé aux accords de commerce internationaux, y compris les assurances, l'administration, l'entretien et les autres services de soutien.*

---

<sup>1</sup> Chaoulli c. Québec (Procureur général), [2005] R.C.S. n° 33, par. 158.

<sup>2</sup> Voir « A Doctor-Lawyer-Gadfly v. Canada's Medical System », *New York Times*, (2005, 21 mai) p. 4 et « In Blow to Canada's Health System, Quebec Law is Voided », *New York Times*, (2005, 10 juin). p. 3.

<sup>3</sup> Chaoulli c. Québec (Procureur général), [2005] R.C.S. n° 33, par. 96.

<sup>4</sup> Les mémoires du procureur général du Canada et du procureur général du Québec (2004).

<sup>5</sup> Chaoulli c. Québec (Procureur général), [2005] R.C.S. n° 33, par. 100.

<sup>6</sup> Ibid., par. 103.

<sup>7</sup> Ibid., par. 16.

<sup>8</sup> Ibid., par. 112.

<sup>9</sup> Ibid., par. 123.

<sup>10</sup> Ibid., par. 16.

<sup>11</sup> Ibid., par. 55.

<sup>12</sup> Ibid., par. 111, 137.

<sup>13</sup> Ibid., par. 274.

<sup>14</sup> Ibid., par. 191.

<sup>15</sup> Ibid., par 251.

<sup>16</sup> Ibid., par. 161. Voir également le par. 276, où les juges notent : « Confier la conception du système de santé aux tribunaux ne représente pas un choix judicieux. »

<sup>17</sup> Ibid., par. 164.

<sup>18</sup> Ibid., par. 166.

<sup>19</sup> Ibid., par. 166.

<sup>20</sup> Ibid., par. 176.

<sup>21</sup> Ibid., par. 163. Voir également le par. 209

---

<sup>22</sup> Ibid., par. 169.

<sup>23</sup> Ibid., par. 217.

<sup>24</sup> Ibid., par. 274.

<sup>25</sup> Chaoulli c. Québec (Procureur général), décision sur requête du 4 août 2005.

<sup>26</sup> Chaoulli c. Québec (Procureur général), [2005] R.C.S. n° 33, par. 230

<sup>27</sup> Ibid., par. 14.

<sup>28</sup> Ibid., par. 66.

<sup>29</sup> Ibid., par. 138.

<sup>30</sup> Lewis, Steven. « Medicare's fate: Are we fiddlers or firefighters », écrit pour le *Winnipeg Free Press*. Extrait le 11 août 2005 de <http://www.longwoods.com/product.php?productid=17186&page=1>.

<sup>31</sup> Chaoulli c. Québec (Procureur général), [2005] R.C.S. n° 33, par. 213

<sup>32</sup> Ibid., par. 147.

<sup>33</sup> Ibid., par. 226, 230.

<sup>34</sup> Ibid., par. 243. Ils renforcent encore cette conclusion en citant le rapport Romanow, le rapport Turcotte et les témoins experts du procès.

<sup>35</sup> Ibid., par. 215. Voir aussi le par. 252, qui souligne également le fait que Coffey est le seul à soutenir un système à deux vitesses.

<sup>36</sup> « Private clinics charge 'set-up' fees »(14 février 2005). *Montreal Gazette*.

<sup>37</sup> Chaoulli c. Québec (Procureur général), [2005] R.C.S. n° 33, par. 225.

<sup>38</sup> Ibid., par. 229-230.

<sup>39</sup> Ibid., par. 264.

<sup>40</sup> McKenna, Barrie. (22 juin 2005). « Private-health activist a 'superstar' », *Globe and Mail*, p. A12.

<sup>41</sup> Chaoulli c. Québec (Procureur général), [2005] R.C.S. n° 33, par. 181

---

<sup>42</sup> Ibid., par. 187.

<sup>43</sup> Ibid., par. 186.

<sup>44</sup> Ibid., par. 211.

<sup>45</sup> Flood, C. M. & Sullivan, T. (2005). Supreme disagreement: The highest court affirms an empty right. (*Suprême désaccord: le plus haut tribunal affirme un droit vide*). *Journal de l'Association médicale canadienne* 173(2).

<sup>46</sup> Tuohy, C. H., Flood, C. M., & Stabile, M. (2004). How does private financing affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD nations (*Les effets du financement privé sur les systèmes publics de santé : données des pays de l'OCDE*). *Journal of Health Politics, Policy and Law* 29(3): 359-396.

<sup>47</sup> Tuohy et al (2004).

<sup>48</sup> Colombo, F. & Tapay, N. (2004). *Private health insurance in OECD countries: The benefits and costs for individuals and health systems (Les assurances maladie privées dans les pays de l'OCDE : avantages et coûts pour les personnes et les systèmes de santé)*. Paris: Documents de travail de l'OCDE n° 15.

<sup>49</sup> Zinn, C. (2000). Australia moves to boost private health cover (*L'Australie prend des mesures pour favoriser l'assurance-maladie privée*). *British Medical Journal* 321: 10 (1 July). La majoration était de deux pour cent par année de plus de 30 ans d'âge pour un client. Pour quelqu'un de 65 ans ou plus, cette majoration pourrait atteindre 70 pour cent.

<sup>50</sup> Flood, C. M. & Archibald, T. (2001). The illegality of private health care in Canada. (*L'illégalité des soins de santé privés au Canada*) *Journal de l'Association médicale canadienne* 164(6): 825-830.

<sup>51</sup> Des études réalisées sur la réforme et le rendement des soins de santé dans les pays développés ont été examinées pour le présent document. Nous incluons les États-Unis dans cette comparaison internationale parce que (a) ils ont un système public-privé mixte et le financement public consacré à la santé dépasse le total des dépenses du Canada par habitant, et (b) ils sont notre plus important partenaire commercial – les accords commerciaux et la taille de l'industrie américaine de la santé ont d'énormes implications pour la privatisation des soins de santé au Canada.

<sup>52</sup> Tuohy et al (2004).

<sup>53</sup> DeCoster, C., MacWilliam, L., & Walld, R. (2000). *Waiting Times for Surgery: 1997/98 and 1998/99 Update. (Temps d'attente pour les chirurgies : mise à jour pour 1997-1998 et 1998-1999)* Winnipeg, MB: Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba.

- <sup>54</sup> Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (2005). Mythe : un système privé parallèle réduirait les temps d'attente dans le système public. Ottawa, ON: Série À bas les mythes de la FCRSS; Lister, J. (2005). *Health Policy Reform: Driving the wrong way? A critical guide to the global 'health reform' industry*. (Réforme de la politique en santé : un pas dans la mauvaise direction ? Guide critique pour l'industrie mondiale de la "réforme de la santé") London: Middlesex University Press; Tuohy et al (2004); Colombo, F. Tapay, M. (2004), p. 27.
- <sup>55</sup> Rapport des cadres supérieurs du ministère britannique de la santé au NHS (décembre 2003) cité dans Lister, J. (2005), p. 98.
- <sup>56</sup> Mohan & Hart, cités dans Lister, J. (2005), p. 154.
- <sup>57</sup> Woolhandler, S., Campbell, T., & Himmelstein, D. U. (2003). Costs of health care administration in the United States and Canada. (*Les coûts de l'administration de la santé aux États-Unis et au Canada*) *New England Journal of Medicine* 349: 768-775.
- <sup>58</sup> Rapport du Office of National Statistics cité dans Lister, J. (2005), p. 150.
- <sup>59</sup> Weiss Ratings Inc. (2005). *Nation's HMO Profits Increase 10.7% in 2004* (*Les profits des HMO du pays ont augmenté de 10,7 % en 2004*); Weiss Ratings Inc. (2004). *HMOs Earn \$10.2 Billion in 2003, Nearly Doubling Profits* (*Les HMO récoltent 10,2 milliards de dollars en 2003, doublant presque leurs profits*). Tiré le 25 août 2005 de [www.weissratings.com/news/Ins-HMO](http://www.weissratings.com/news/Ins-HMO).
- <sup>60</sup> Families USA (2003). *Private plans: a bad choice for Medicare*. (*Régimes privés : un mauvais choix pour Medicare*). Fact sheet (juin 2003). Washington DC. Tiré le 25 août 2005 de [www.familiesusa.org/site/PageServer?pagename=Private\\_Insurance\\_The\\_Facts](http://www.familiesusa.org/site/PageServer?pagename=Private_Insurance_The_Facts).
- <sup>61</sup> Woolhandler, S. et al (2003).
- <sup>62</sup> Devereaux, P. J., Heels-Ansdell, D., Lacchetti, C., Haines, T., Burns, K. E. A., Cook, D. J., et al (2004). Payments for care at private for-profit and private not-for-profit hospitals: a systematic review and meta-analysis (*Paiements pour les soins dans les hôpitaux privés à but lucratif et privés sans but lucratif : un examen et une méta-analyse systématiques*). *Journal de l'Association médicale canadienne* 170(12): 1817-24.
- <sup>63</sup> Mehra, N. (2005). *Flawed, Failed, Abandoned: 100 P3s, Canadian and International Evidence*. (Défauts, échecs et abandons : 100 PPP Les faits au Canada et ailleurs dans le monde); Tiré le 22 avril 2005 de [www.scfp.ca](http://www.scfp.ca). Lister, J. (2003). *The PFI Experience, Voices From the Frontline*. (*L'expérience des IFP : voix du front*). London: UNISON; Lister, J. (2003). *SW London Hospitals Under Pressure* (*Les hôpitaux du sud-ouest de Londres sous pression*). London: Battersea & Wandsworth TUC; Publicprivatefinance.com (2003). *Edinburgh hospital subject of investigations* (*Un hôpital d'Édimbourg sous enquête*). Tiré le 19 juin 2005. [www.publicprivatefinance.com/pfi/news](http://www.publicprivatefinance.com/pfi/news) (inscription requises).

- <sup>64</sup> UCL School of Public Policy for UNISON (2003). *Foundation Hospitals and the NHS Plan (Les hôpitaux des fondations et le régime du NHS)*, p. 6.
- <sup>65</sup> McGregor, M. J., Cohen, M., McGrail, K., Broemeling, A. M., Adler, R. N., Schulzer, M., et al. Staffing levels in not-for-profit and for-profit long-term care facilities: Does type of ownership matter? (*La dotation en personnel dans les établissements de soins de longue durée sans but lucratif et à but lucratif : le type de propriété est-il important ?*) (2005). *Journal de l'Association médicale canadienne* 172(5): 645-9; Harrington, C., Woolhandler, S., Mullan, J., Carrillo, H., & Himmelstein, D.U. (2001). Does investor ownership of nursing homes compromise the quality of care? (*La propriété par des investisseurs compromet-elle la qualité des soins dans les foyers de soins infirmiers ?*) *American Journal of Public Health* 91: 1452-55.
- <sup>66</sup> Carlson, M. D. A., Gallo, W. T., & Bradley, E. H. (2004). Ownership status and patterns of care in hospice: results from the National Home and Hospice Care Survey. (*Propriété et modèles de soins dans les foyers pour personnes âgées : résultats du sondage mené par le National Home and Hospice Care*) *Med Care* 42: 432-8.
- <sup>67</sup> Devereaux, P. J., Choi, P. T., Lacchetti, C., Weaver, B., Schunemann, H. J., Haines, T., et al (2002a). A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals. (*Un examen et une méta-analyse systématiques des études comparant les taux de mortalité des hôpitaux privés à but lucratif et privés sans but lucratif*) *Journal de l'Association médicale canadienne* 166(11): 1399-406; Devereaux, P. J., Schunemann, H. J., Ravindran, N., Bhandari, M., Garg, A. X., Choi, P. T., et al (2002b). Comparison of mortality between private for-profit and private not-for-profit hemodialysis centers: a systematic review and meta-analysis. (*Comparaison de la mortalité entre les centres d'hémodialyse privés à but lucratif et privés sans but lucratif : un examen et une méta-analyse systématiques*) *Journal of the American Medical Association* 288(19): 2449-57.
- <sup>68</sup> Lister, J. (2005), p. 242.
- <sup>69</sup> Docteur, E., Suppanz, H., & Woo, J. (2003). *The US Health System: an assessment and prospective directions for reform. (Le système de santé américain : une évaluation et une orientation possible pour la réforme)* Documents de travail du Département des affaires économiques, n° 335 (février). Paris: OCDE.
- <sup>70</sup> Marwick, C. (2002). A total of 58 million Americans lack health insurance. (*En tout, 58 millions d'Américains sont privés d'assurance-maladie*) *British Medical Journal* 325: 678; Pear, R. (2003, le 13 mai). New study finds 60 million uninsured during a year. (*Une nouvelle étude conclut que 60 millions de personnes sont sans assurance pendant une année*). *New York Times*.
- <sup>71</sup> Connolly, C. (2002, le 9 juillet). Health care's soaring cost takes a toll. (*La montée en flèche des coûts de la santé a de graves conséquences*) *Washington Post*, A01.

- <sup>72</sup> Kaiser Family Foundation (1999). *Key facts: race, ethnicity and medical care*. (Facteurs clés : race, ethnicité et soins médicaux) Washington DC. Tiré le 25 août 2005 de <http://www.kff.org/minorityhealth/6069-index.cfm>
- <sup>73</sup> Horne, T. & Abells, S. (2004). *Public Remedies, Not Private Payments: Quality Care In Alberta*. (Des solutions publiques et non des paiements privés : des soins de qualité en Alberta) Edmonton: Parkland Institute, pp. 62-63.
- <sup>74</sup> Carvel, J. (2004, le 1 juin). NHS Trusts bullied into private contracts: Chairman lost job for insisting cataracts deal with foreign firm (*Les fondations du NHS forcées de conclure des contrats privés : le président du conseil perd son emploi parce qu'il a insisté pour que les chirurgies de la cataractes soient effectuées par une firme étrangère*). *The Guardian*.
- <sup>75</sup> Ward, S. (2005, March 11). Limit growth on private care in NHS. (*'Limitation de la croissance' des soins privés dans le NHS*) *Public Finance* : 17:8.
- <sup>76</sup> Lister, J. (2005), p. 155.
- <sup>77</sup> Tuohy et al (2004).
- <sup>78</sup> Duckett, S. J. (2005). Private care and public waiting (Soins privés et attente publique). *Australian Health Review*; 29(1): 87-93; Besley, T., Hall, J., & Preston, I. (1998). Public and private health insurance in the UK (*L'assurance-maladie publique et privée au R.-U.*). *European Economic Review*; 42(3-5): 491-497; Tuohy et al (2004). L'équipe de Tuohy a aussi montré que les régions où il y a plus d'assurance privée ont des temps d'attente plus longs que dans le système public – même après avoir contrôlé le revenu, l'âge et les niveaux de dépenses publiques.
- <sup>79</sup> Lister, J. (2005), p. 149; Hughes et al (2004), p. 19.
- <sup>80</sup> Saltman, R. B. (1998). Health reform in Sweden: the road beyond cost containment (*La réforme de la santé en Suède : la limitation des coûts et après*), in Ranade, W. (ed) (1998). *Markets in health care: A comparative analysis*. London: Longman. Pour une description et une analyse des « marchés internes », une forme de commercialisation, voir Lister, J. (2005), chapitre Quatre.
- <sup>81</sup> Burgermeister, J. (2004). Sweden bans privatization of hospitals (*La Suède interdit la privatisation des hôpitaux*). *British Medical Journal* 328: 484. Le nombre de chirurgies de la cataracte est passé de 33 000 en 1992 à 57 000 en 2000, pendant que le nombre de patients qui attendaient une opération est passé de 16 000 à 31 500 pendant la même période.
- <sup>82</sup> Lister, J. (2005), p. 161.
- <sup>83</sup> Burgermeister, J. (2004).
- <sup>84</sup> Tuohy et al (2004).

- <sup>85</sup> Hurley, J., Vaithianathana, R., Crossley, T. F., & Cobb-Clark, D. (2001). *Parallel private health insurance in Australia: A cautionary tale and lessons for Canada* (L'assurance-maladie parallèle privée en Australie : une mise en garde et une leçon pour le Canada). McMaster University Centre for Health Economics and Policy Analysis Research Working Paper 01-12.
- <sup>86</sup> Duckett, S. J. & Jackson, T. J. (2000). The new health insurance rebate: an inefficient way of assisting public hospitals (*Le nouveau rabais de l'assurance-maladie : une façon inefficace d'aider les hôpitaux publics*). *Medical Journal of Australia* 172: 439-442.
- <sup>87</sup> Colombo, F. & Tapay, N. (2004). *Private health insurance in OECD countries: The benefits and costs for individuals and health systems* (Les assurances-santé privées dans les pays de l'OCDE : avantages et coûts pour les personnes et les systèmes de santé). Paris: documents de travail de l'OCDE n° 15.
- <sup>88</sup> Scott, G., McKenzie, L., & Webster, J. (2003). Maladjustments in the corporatization model: hospital reforms in New Zealand (*Mauvaise adaptation du modèle de « corporatisation » : les réformes des hôpitaux en Nouvelle-Zélande*), in Preker, A.S., & Harding, A. (eds) (2003). *Innovations in health service delivery: the corporatization of public hospitals* (*Innovations dans la prestation des services de santé : la « corporatisation » des hôpitaux publics*), Human Development Network Health Nutrition and Population Series. Washington: World Bank; Hornblow, A. (1997, 28 June). New Zealand's health reforms: a clash of cultures (*Les réformes de la santé en Nouvelle-Zélande : un affrontement de cultures*). *British Medical Journal* 314: 1892.
- <sup>89</sup> DeCoster, C., MacWilliam, L., & Walld, R. (2000). *Waiting Times for Surgery: 1997/98 and 1998/99 Update* (Temps d'attente pour la chirurgie : 1997-1998 et 1998-1999). Winnipeg, MB: Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba. Tiré le 15 août 2005 de <http://www.umanitoba.ca/academic/centres/mchp/reports/pdfs/waits2.pdf>
- <sup>90</sup> Armstrong, W. (2000). The consumer experience with cataract surgery and private clinics in Alberta: Canada's canary in the mine shaft. (*L'expérience du consommateur en matière de chirurgie de la cataracte et de cliniques privées en Alberta : le canari dans la mine du Canada*) Edmonton, AB: Chapitre de l'Alberta de l'Association des consommateurs du Canada. Tiré le 25 août 2005 de <http://www.albertaconsomers.org>
- <sup>91</sup> Zinn, C. (2003). Australian public hospitals face only a residual role in surgery. (*Les hôpitaux publics de l'Australie se retrouvent avec un rôle secondaire en chirurgie*) *British Medical Journal* 327:12; Birrell, B., Hawthorne, L. & Rapson, V. (2003). *The outlook for surgical services in Australasia*. (*L'avenir des services de chirurgie en Australasie*) Centre for Population and Urban Research, Monash University.
- <sup>92</sup> Lewis, S. (2005). Physicians, it's in your court now. (*Médecins, la balle est dans votre camp*) *Journal de l'Association médicale canadienne* 173(3); Propper, C. & Green, K. (1999). *A Larger Role for the Private Sector in Health Care? A Review of the Arguments*. (Un rôle plus important pour le secteur privé dans les soins de santé ? Un examen des arguments) Bristol: University of

---

Bristol Centre for Markets and Public Organizations Working Paper 99/009; Colombo, F. & Tapay, N. (2004), p. 22.

<sup>93</sup> Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (2005).

<sup>94</sup> Devers, K. J. (2003). Specialty hospitals: focused factories or cream skimmers? (*Les hôpitaux spécialisés : usines pointues ou écumeurs à crème ?*) Discours et conférence, 15 avril. Center for Studying Health System Change (HSC), Washington DC; American Hospital Association (2004). Impact of limited-service providers on communities and full-service hospitals (*Répercussions des fournisseurs de services limités sur les collectivités et les hôpitaux de services complets*). *Trendwatch* 6(2); Lister, J. (2005), p. 243; Tuohy, C. et al (2004).

<sup>95</sup> Devereaux, P. J., Choi, P. T., Lacchetti, C., Weaver, B., Schunemann, H. J., Haines, T., et al (2002a). A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals. (*Un examen et une méta-analyse systématiques des études comparant les taux de mortalité dans les hôpitaux privés à but lucratif et privés sans but lucratif*) *Journal de l'Association médicale canadienne* 166(11): 1399-406; Devereaux, P. J., Schunemann, H. J., Ravindran, N., Bhandari, M., Garg, A. X., Choi, P. T., et al (2002b). Comparison of mortality between private for-profit and private not-for-profit hemodialysis centers: a systematic review and meta-analysis (*Comparaison des taux de mortalité entre les centres d'hémodialyse privés à but lucratif et privés sans but lucratif : un examen et une méta-analyse systématiques*) *Journal of the American Medical Association* 288(19): 2449-57; McGregor, M. J., Cohen, M., McGrail, K., Broemeling, A. M., Adler, R. N., Schulzer, M., et al (2005). Staffing levels in not-for-profit and for-profit long-term care facilities: Does type of ownership matter? (*Les niveaux de dotation en personnel dans les établissements de soins de longue durée sans but lucratif et à but lucratif*) (2005). *Journal de l'Association médicale canadienne* 172(5): 645-9; Harrington, C. et al (2001); Carlson, M. D. A. et al (2004).

<sup>96</sup> Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (2005).

<sup>97</sup> Rachlis, M. (2004). *Prescription for Excellence: How Innovation is Saving Canada's Health Care System*. (Prescription pour l'excellence : comment l'innovation est en train de sauver le système de santé du Canada) Toronto, ON: HarperCollins, Ch. 11 p. 3; Kennedy, J., Quan H., Gaili W. A., & Feasby, T. E. (2004). Variations in rates of appropriate and inappropriate carotid endarterectomy for stroke prevention in four provinces. (*Variations dans les taux d'endartérectomie de la carotide appropriée et non appropriée pour la prévention des AVC dans quatre provinces*) *Journal de l'Association médicale canadienne*, 171(5): 455-9; Brownell, M. (2002). Tonsillectomy rates for Manitoba children: temporal and special variations. (*Taux d'amygdalectomie chez les enfants du Manitoba : variations temporelles et spéciales*) *Forum de gestion des soins de santé*, Suppl: 21-6.

<sup>98</sup> Sanmartin, C., Shortt, S. E. D., Barer, M. L., Sheps, S., Lewis, S., & McDonald, P. W. (2000). Waiting for medical services in Canada: lots of heat but little light. (*Attendre pour recevoir des services médicaux au Canada : beaucoup de chaleur mais peu de lumière*) *Journal de l'Association médicale canadienne*, 162: 1305-1310.

- <sup>99</sup> Le Réseau des soins cardiaques de l'Ontario tient à jour une base de données sur la chirurgie cardiaque, l'angioplastie et le cathétérisme cardiaque. Les données sont utilisées pour mesurer le résultat et favoriser l'amélioration. Voir <http://www.ccn.on.ca>. Le Western Canada Wait list Project met au point des échelles d'évaluation de l'urgence (mesures standardisées pour évaluer les patients qui ont le plus besoin de soins) pour la chirurgie de la cataracte, les services de santé mentale pour les enfants, la chirurgie générale, le remplacement de la hanche et du genou et les IRM. Voir <http://www.wcwl.ca>. Le Réseau des soins cardiaques de la Saskatchewan est en train d'élaborer un registre chirurgical et des normes de rendement et de contrôle de la capacité d'un hôpital. Voir <http://www.sasksurgery.ca>.
- <sup>100</sup> Rachlis, M. (2004) Ch. 11, p. 8.
- <sup>101</sup> Ibid, pp. 11-12.
- <sup>102</sup> Ibid, p. 9.
- <sup>103</sup> Ibid, Ch. 11.
- <sup>104</sup> Hollander, M. J. (2001). Comparative cost analysis of home care and residential care services. (*Analyse comparative du coût des soins à domiciles et des services en établissement*) Sous-étude 1 de l'Évaluation nationale du rapport coût-efficacité des soins à domicile. Un rapport préparé pour le Fonds pour l'adaptation des services de santé, Santé Canada. Tiré le 25 août 2005 de [http://www.homecarestudy.com/reports/full-text/substudy-01-final\\_report.pdf](http://www.homecarestudy.com/reports/full-text/substudy-01-final_report.pdf)
- <sup>105</sup> GRIESHABER-OTTO, J. et SINCLAIR, S. *Bad Medicine: Trade treaties, privatization and health care reform in Canada*. (Mauvais remède : les traités commerciaux, la privatisation et la réforme des soins de santé au Canada). Centre canadien de politiques alternatives, Ottawa: 2004. p. 15.
- <sup>106</sup> JOHNSON, Jon R. (2004). How Will International Trade Agreements Affect Canadian Health Care (*Comment les accords de commerce internationaux transformeront-ils les soins de santé au Canada ?*) in SANGER, M. et SINCLAIR, S. (éd.) (2004). *Putting Health First: Canadian Health Care Reform in a Globalizing World*. (La santé d'abord : la réforme des soins de santé au Canada dans une économie mondialisée). Centre canadien des politiques alternatives, Ottawa, 2004. p. 281.
- <sup>107</sup> GRIESHABER-OTTO, J. et SINCLAIR, S. (2004), p. 11.
- <sup>108</sup> GRIESHABER-OTTO, J. et SCHACTER, N. (2005, 28 juin). *Trojan Horse: Trade treaties, private health insurance and the Supreme Court decision*. (*Le cheval de Troie : les traités commerciaux, l'assurance-santé privée et la décision de la Cour suprême*). Texte d'une présentation organisée par le Centre canadien de politiques alternatives, bureau de la Saskatchewan, 28 juin 2005, p. 8-9. (Tiré le 16 août 2005) de [http://www.policyalternatives.ca/documents/Saskatchewan\\_Pubs/2005/trojan\\_horse.pdf](http://www.policyalternatives.ca/documents/Saskatchewan_Pubs/2005/trojan_horse.pdf)

- 
- <sup>109</sup> SANGER, M. et SINCLAIR, S. (éd) (2004), p. 17.
- <sup>110</sup> SINCLAIR, S. Opening the gate for a Trojan Horse (*Ouvrir la porte à un cheval de Troie*), *Toronto Star*, (30 Juin 2005). p. A31
- <sup>111</sup> JOHNSON, J. (2004), p. 322.
- <sup>112</sup> GRIESHABER-OTTO, J. et SCHACTER, N. (2005).
- <sup>113</sup> Ibid.
- <sup>114</sup> Sinclair, S. (2005), p. 281.
- <sup>115</sup> Johnson, J. (2005).
- <sup>116</sup> Ibid.
- <sup>117</sup> Grieshaber-Otto, J. et Sinclair, S. (2004), p. 11.
- <sup>118</sup> Institut canadien d'information sur la santé (2003). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2000*, p. 63.
- <sup>119</sup> Institut canadien d'information sur la santé (2004). *Dépenses en médicaments au Canada, 1985–2003*, Tableau A.2. Environ 80 pour cent des dépenses consacrées aux médicaments au Canada le sont pour des médicaments d'ordonnance.
- <sup>120</sup> Lexchin, J. (2005). 50 Years of Waiting for Pharmacare is Long Enough. (50 ans d'attente pour l'assurance-médicaments : ça suffit.) Feuillelet d'information publié par la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, 11 août. Consulté le 15 août 2005 de [http://www.nursesunions.ca/en/Press%20Releases/2005-08-11-Fact\\_Sheet\\_Lexchin.pdf](http://www.nursesunions.ca/en/Press%20Releases/2005-08-11-Fact_Sheet_Lexchin.pdf)
- <sup>121</sup> Institut canadien d'information sur la santé (2005). *Tendances des dépenses nationales de santé 1975-2004*, p. 19.
- <sup>122</sup> Lexchin, J. (2005).
- <sup>123</sup> Ibid.
- <sup>124</sup> Lexchin, J. (2001). *A National Pharmacare Plan: Combining Efficiency and Equity. (Un régime national d'assurance-médicaments : conjuguer efficacité et équité)* Ottawa: Centre canadien pour les politiques alternatives; Lexchin, J. (2005).

- <sup>125</sup> Angell, M. (2004). Excess in the pharmaceutical industry. (*Excès dans l'industrie pharmaceutique*) *Journal de l'Association médicale canadienne* 171(12): 1451-1453; Bordemier, T. (2000). Uneasy alliance: clinical investigators and the pharmaceutical industry. (*Une alliance précaire : les chercheurs cliniques et l'industrie pharmaceutique*) *New England Journal of Medicine* 342: 1539-44; Choudhry, N. K., Stelfox, H. T., Detsky, A. S. (2002). Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry. (*Les relations entre les auteurs de lignes directrices pratiques et l'industrie pharmaceutique*) *Journal of the American Medical Association* 287: 612-7; Lenzer, J. (2002). Alteplase for stroke: money and optimistic claims buttress the 'brain attack' campaign. (*L'alteplase pour les AVC : l'argent et des prétentions optimistes soutiennent la campagne sur les « attaques contre le cerveau »*) *British Medical Journal* 324: 723-9; Wazana, A. (2000). Physicians and the pharmaceutical industry. (*Les médecins et l'industrie pharmaceutique*) *Journal of the American Medical Association* 283(3): 373-380; Ziegler, M. G. & Singer, B. C. (1995). The accuracy of drug information from pharmaceutical sales representatives. (*L'exactitude des renseignements sur les médicaments des représentants commerciaux des compagnies pharmaceutiques*) *Journal of the American Medical Association* 273 (16): 1296-8.
- <sup>126</sup> Mintzes, B., Barer, M. L., Kravitz, R. L., Bassett, K., Lexchin J., Kazanjian, A., Evans, R. G., Pan, R., & Marion, S. A. (2003). How does direct-to-consumer advertising (DTCA) affect prescribing? A survey in primary care environments with and without legal DTCA (*Comment la publicité s'adressant directement aux consommateurs influence-t-elle les pratiques d'ordonnance ? Un sondage réalisé dans les milieux de soins primaires avec et sans publicité directe légale*). *Journal de l'Association médicale canadienne* 169(5): 405-412.
- <sup>127</sup> Lexchin, J. (2003). *Intellectual Property Rights and the Canadian Pharmaceutical Marketplace: Where Do We Go From Here?* (*Les droits de propriété intellectuelle et le marché pharmaceutique canadien : quelles seront les prochaines étapes ?*) Ottawa: Centre canadien pour les politiques alternatives.