

***La fraude commise par les professionnels de la santé
à l'encontre des fonds publics : Différence en fonction
de l'emplacement***

Par : Joan Brockman

Mai 2005

Le présent document a été préparé pour la Commission du droit du Canada. Les opinions qui y sont exprimées sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les opinions de la Commission.

Table des matières

Remerciements

Sommaire

PREMIÈRE PARTIE : La fraude dans le domaine de la santé : Différences en fonction de l'emplacement

I. Méthodes de recherche

PARTIE II : Définition du problème de la fraude dans le domaine de la santé

I. La portée de la fraude dans le domaine de la santé

II. Questions soulevées au cours de l'histoire sur la fraude commise par les professionnels de la santé

III. Quelle est la portée de la fraude dans le domaine de la santé?

IV. La surveillance du travail par la société

PARTIE III. La surveillance et l'investigation des factures d'assurance-maladie en Colombie-Britannique

I. Méthode de rémunération des médecins en Colombie-Britannique

II. Désaccords entre les médecins et le Régime d'assurance médicale de la Colombie-Britannique

III. Mesures employées en Colombie-Britannique pour surveiller la facturation des médecins

A. Le *Billing Integrity Program* (le programme de facturation avec intégrité) du Régime d'assurance médicale

B. Le *Patterns of Practice Committee* (POPC) (comité des profils de spécialisation)

C. Le *Audit and Inspection Committee* (comité de vérification et d'inspection)

D. Le *Medical and Health Care Services Appeal Board* (MHCSAB) (tribunal d'appel de l'assurance médicale et des soins de santé)

IV. Les poursuites au pénal

V. La discipline exercée par le *College of Physicians and Surgeons* de la Colombie-Britannique

PARTIE IV : Les processus de surveillance et d'enquête en Ontario

I. La rémunération des médecins en Ontario

II. Le paiement des factures médicales en Ontario

A. La surveillance exercée par le RASO

- B. Le Comité d'étude de la médecine (CEM)
 - C. Le Programme d'examen des paiements du RASO
 - D. Le Comité d'éducation et de prévention (CEP)
 - E. Le mécontentement avec le CEM
 - F. Appels interjetés auprès du tribunal d'appel et d'examen des services de santé
- III. L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
- IV. La Police provinciale de l'Ontario enquête des instances de fraude commise par des médecins

PARTIE V : Cas de facturation frauduleuse ou inexacte

- I. Cas de facturation frauduleuse ou inexacte au Canada
 - A. Paramètres de la collecte de renseignements
 - B. Les cas
 - 1. Profession et spécialisation
 - 2. Genre
 - 3. Âge et expérience
- II. Cas de facturation frauduleuse ou inexacte de la Colombie-Britannique et de l'Ontario
 - A. Motifs provoquant l'ouverture d'une enquête
 - B. Types d'inconduite et de fraude
 - 1. La facturation de services non dispensés
 - 2. Facturer un service plus onéreux
 - 3. Prestation de services excessifs ou inutiles
 - 4. Le faux diagnostic
 - 5. Profils de spécialisation
 - C. Montant en cause
 - D. Procédures administratives
 - E. Procédures auprès de l'OAR
 - F. Procédures criminelles et quasi-criminelles
 - 1. La Colombie-Britannique
 - 2. L'Ontario

PARTIE VI : Sommaire et conclusions

- I. La différence des processus de surveillance en fonction de l'emplacement : la

Colombie-Britannique et l'Ontario

II. La différence d'exécution de la loi en fonction de l'emplacement : la Colombie-Britannique et l'Ontario

III. La différence de l'emplacement : la fraude à l'endroit de l'assurance-santé et la fraude à l'endroit de l'aide sociale

IV. Leçons tirées des crimes commis par les puissants

Bibliographie

Liste des tableaux

Jurisprudence

Annexe A Cas de fraude et d'inconduite à l'endroit de l'assurance-santé

Annexe B Questions de l'entrevue

Annexe C Glossaire

Annexe D Biographie de l'auteure

Remerciements

Je voudrais remercier la Commission du droit du Canada dont le financement m'a permis d'élargir mes recherches sur la criminalité et sur l'inconduite professionnelle et dans le cadre de la fraude au sein des professions de la santé. J'ai appris énormément auprès des chercheurs et des participants qui ont assisté aux tables rondes du projet intitulé «Qu'est-ce qu'un crime?» Je voudrais remercier plus particulièrement Steven Bittle, Marcel Saulnier, ainsi que tous les réviseurs anonymes qui ont préparé des commentaires écrits sur mes ébauches antérieures et mes deux recherchistes Dana Christensen et Caroline Murdoch.

Sommaire

Le vieux débat historique, et toujours actuel, sur la question de savoir «Qu'est-ce qu'un crime?» s'articule souvent sur la différence du traitement accordé aux crimes des cols blancs (commis par les plus puissants) et aux crimes des cols bleus (commis par les moins puissants). L'inégalité flagrante avec laquelle on applique la loi remet en cause la légitimité du droit et soulève la question de savoir si la loi est la même pour les riches et pour les pauvres. Le présent document explore la possibilité de diminuer le recours au droit pénal à l'encontre des crimes commis par les moins puissants et d'adopter, à l'égard de ces derniers, les mêmes attitudes et approches adoptées à l'égard des crimes des plus puissants.

Le présent document examine la criminalité des puissants et se penche plus particulièrement sur un type précis de fraude dans le domaine de la santé : la facturation irrégulière et frauduleuse commise par les professionnels de la santé (surtout les médecins) qui facturent leurs honoraires à l'acte. Cette étude examine toutes les poursuites administratives, criminelles et quasi-criminelles, y compris toutes les procédures internes au sein des organismes d'autoréglementation, ayant été intentées au Canada entre 1990 et 2003 pour inconduite professionnelle dans le domaine de la santé et lesquelles se trouvent dans le domaine public, notamment dans les banques de données des tribunaux et de Quicklaw, dans les journaux et dans les dossiers de cour. Puis, elle examine plus attentivement 31 dossiers provenant de la Colombie-Britannique et 34 dossiers provenant de l'Ontario, afin d'explorer les ressemblances et les différences entre ces deux provinces. Pour mieux prendre connaissance des processus de facturation, nous avons effectué 10 entrevues en Colombie-Britannique et examiné les études présentées au Comité d'étude de la médecine de l'Ontario dans le cadre de l'examen du juge Cory.

On a constaté des différences entre les deux provinces en ce qui concerne la structure de mise à exécution des lois et règlements portant sur la facturation et en ce qui concerne également l'exécution même de ces lois. En Colombie-Britannique, les facturations sont contrôlées par une commission tripartite comportant des médecins. Bien qu'en 1998, on ait apporté des changements structurels ayant pour but de transférer la surveillance de la facturation qui relevait auparavant de la commission composée uniquement de médecins, vers un programme gouvernemental, le processus de surveillance comporte encore beaucoup de

médecins. En Ontario, l'organisme gouvernemental qui administre la facturation (le Régime d'assurance-santé de l'Ontario) fait partie du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Cet organisme remet toutes les factures irrégulières au Comité d'étude de la médecine (CEM) (un comité de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario) mais il peut également les renvoyer à la police ou (depuis 1996) récupérer l'argent directement auprès du professionnel de la santé.

Le processus de facturation de la Colombie-Britannique offre aux professionnels de la santé un certain nombre de recours à l'amiable, leur permettant de contester les estimations effectuées par le *Billing Integrity Program (BIP)* (programme de facturation avec intégrité). Le système établi en Colombie-Britannique se fonde sur l'éducation, les avertissements, la réconciliation et l'aide; si cela ne donne aucun résultat, on se concentre davantage sur la récupération des fonds, plutôt que sur la poursuite en justice ou l'attribution de peines.

Il semble qu'en Colombie-Britannique, l'ensemble des systèmes gouvernemental, professionnel et pénal touchant à la fraude à l'assurance-maladie, baignent dans la culture de la non-criminalisation. En Ontario, le processus est beaucoup moins indulgent que celui de la Colombie-Britannique. Les professionnels sont tenus de présenter des factures exactes. De plus, on ne leur fournit pas de profils de facturation auxquels ils pourraient ajuster leur facturation en vue d'éviter la vérification comparée à des profils calculés en fonction de la spécialisation. En outre, en 1997, on a introduit en Ontario une approche préconisant un degré de tolérance zéro envers la fraude et, parallèlement, on a mis sur pied une unité de police spéciale chargée d'enquêter les instances de fraude dans le domaine de la santé. Le CEM qui fait l'objet, en ce moment, d'un examen effectué par l'honorable Peter Cory, ancien juge de la Cour suprême, a subi de nombreuses critiques pour ne pas avoir contrôlé la fraude dans le domaine de la santé en Ontario. Il y a également des médecins qui ont blâmé le CEM, car ils se sont sentis victimisés par les tactiques d'exécution agressives de ce comité.

En dépit de la différence de structure, la proportion de médecins assujettis à des ordonnances ou à des recommandations administratives, ainsi que la valeur des fonds de recouvrement, sont similaires dans les deux provinces. En Colombie-Britannique, entre 1998 et 2003, le *Audit Committee* (comité de vérification) a ordonné à 59 médecins (une moyenne de 12 médecins par année) de rembourser 4 078 112 \$ (une moyenne de 69 120 \$ par médecin)

au Plan. En Ontario, entre 1991 et 2002, le CEM a recommandé le recouvrement d'une somme supérieure à 36 millions de dollars (une moyenne de 66 449 \$ par médecin) auprès de 548 médecins (une moyenne de 49,8 médecins par année). Le système en vigueur en Ontario, lequel compte 3,8 fois plus de médecins que la Colombie-Britannique, a recommandé que l'on recouvre une somme quatre fois plus grande que cette province. Aucune des provinces ne dresse des rapports sur les sommes recouvrées.

En Colombie-Britannique, il y a eu 31 instances et 37 poursuites, alors qu'en en Ontario, il y a eu 34 instances et 49 actions en justice, lesquelles ont donné lieu à la divulgation du nom du médecin responsable à la suite de recours administratifs, professionnels, criminels ou quasi-criminels intentés entre 1990 et 2003. L'organisme d'autoréglementation (OAR) des médecins et chirurgiens de l'Ontario a pris un nombre proportionnel supérieur de mesures disciplinaires ($22/34 = 65$ p. 100) par rapport à l'OAR de la Colombie-Britannique ($11/31 = 35$ p. 100). De plus, on a porté une proportion supérieure d'inculpations criminelles en Ontario ($15/34 = 44$ p. 100) qu'en Colombie-Britannique ($6/31 = 19$ p. 100). En ce qui concerne les procédures multiples, en Colombie-Britannique, 5 dossiers sur 31 (16 p. 100) ont donné lieu, à la fois, à des recours au sein de l'OAR et à des poursuites criminelles ou quasi-criminelles, comparativement à 12 dossiers sur 34 (35 p. 100) en Ontario. Entre 1990 et 2003, il y a eu, en Colombie-Britannique, 6 poursuites criminelles ou quasi-criminelles et le même nombre de condamnations, comparé à l'Ontario qui compte 15 poursuites et 12 condamnations. En Colombie-Britannique, seulement trois poursuites sur six ont été intentées contre des médecins, alors qu'en Ontario 14 poursuites sur 15 ont été intentées contre des médecins (4,7 fois plus qu'en Colombie-Britannique). Tous les accusés, sauf un, étaient des hommes, et ils ont tous plaidé coupables.

Bien qu'il n'y ait eu que six poursuites en Colombie-Britannique, il semble que l'on ait régulièrement eu recours à des négociations de plaidoyer ce qui a permis d'atténuer considérablement les faits présentés au tribunal, lesquels sont devenus beaucoup moins graves que les allégations publiées par les médias. Il semble que les peines attribuées aient été plutôt indulgentes et que les commentaires des juges aient été, sauf à une exception près, relativement compatissants envers la détresse des professionnels de la santé qui ont été condamnés. En Ontario, les négociations de plaidoyer ont également constitué un facteur important; cependant, en ce qui concerne la détermination de la peine, les professionnels de

l'Ontario ne s'en sont pas tirés à également bon compte que leurs collègues de la Colombie-Britannique.

Deux des trois médecins qui ont été condamnés en Colombie-Britannique, ont effectué leurs études professionnelles à l'étranger (Inde et Irlande), comme cela est le cas du physiothérapeute (Yougoslavie, perfectionné au Canada). Il n'y avait aucune indication sur l'endroit où les optométristes ont étudié; les deux, cependant, portent des noms qui semblent indiquer qu'ils sont des membres de minorités visibles et la photographie de l'un d'eux, laquelle a paru dans un journal, semble confirmer ce fait. En ce qui concerne les 12 professionnels condamnés en Ontario, on connaît l'endroit où ont étudié 11 d'entre eux et seulement deux d'entre eux ont étudié à l'étranger. Les noms de famille des professionnels condamnés en Ontario n'indiquent pas la prépondérance d'une minorité quelconque.

Pour être en mesure de confirmer ma thèse, à savoir qu'il existe une loi pour les riches et une autre pour les pauvres, j'ai comparé mes conclusions avec d'autres études portant sur l'exécution de la loi dans le cadre des instances de fraude contre l'aide sociale. On traite différemment les personnes inculpées de fraude contre l'aide sociale et celles inculpées de fraude dans le domaine de la santé (c.-à-d. les femmes et hommes pauvres et les hommes privilégiés) et le public perçoit chacun de ces groupes d'une façon différente (paresseux, dépendants, sans mérite, comparativement à travailleur, sous-rémunéré et avec mérite). On se fonde sur la complexité des lois pour attaquer les inculpés qui bénéficient de l'aide sociale car ils sont présumés connaître la loi, alors qu'on invoque la même complexité des lois pour disculper les professionnels de la santé qui commettent de la fraude. Les bénéficiaires de l'aide sociale font l'objet de surveillance, alors que les professionnels de la santé reçoivent de la formation, en Colombie-Britannique, plus qu'en Ontario. Les mesures administratives (p. ex. l'annulation de l'admissibilité à l'aide sociale) prises à l'encontre des bénéficiaires de l'aide sociale ont des conséquences cruelles et ces personnes disposent de peu de pouvoir pour s'y opposer. Une fois inculpés dans le cadre du système pénal, les bénéficiaires de l'aide sociale peuvent être reconnus coupables sur le fondement d'éléments de preuve que leurs avocats ne contestent pratiquement pas, ou très peu. Les frais d'exécution de la loi pénale à l'encontre des bénéficiaires de l'aide sociale sont minimes si on les compare aux frais de poursuite des professionnels qui peuvent se permettre d'engager les meilleurs avocats pour contester chaque élément de la thèse de la poursuite ou pour négocier un plaidoyer afin d'atténuer les

conséquences de caractère pénal. On ne tient pas compte de l'ampleur du coût social et économique que les bénéficiaires de l'aide sociale doivent subir, alors que l'ampleur du coût social et économique qui pèse sur les professionnels est reconnue. Les bénéficiaires de l'aide sociale sont beaucoup moins puissants que les professionnels lorsqu'il s'agit d'influencer les règles qui seront établies et la manière dont elles seront exécuter.

Pour conclure, je suggère de transférer aux crimes commis par les moins puissants, la compassion dont nous faisons preuve envers les cols blancs impliqués dans des crimes, de manière à restreindre l'application du droit criminel, plutôt que de nourrir l'appétit insatiable de l'industrie de répression du crime. Beaucoup de professions profitent de l'étiquetage de personnes en tant que «criminelles» et il est essentiel de se pencher sur les facteurs de détermination de ce problème pour réduire effectivement le crime dans notre société. Selon d'autres écrivains, l'attribution de peines plus sévères aux cols blancs impliqués dans des crimes ne mènerait qu'à une criminalisation plus poussée des moins puissants. De plus, l'incrimination de certaines conduites peut causer plus de mal que de bien, et l'insistance d'augmenter les recours au droit pénal écarte le besoin de trouver des solutions non criminelles aux problèmes de préjudice social (peut-être dans le cadre de structures qui produisent du préjudice social). La solution n'est pas, cependant, de substituer des mesures administratives aux mesures criminelles, puisqu'elles pourraient avoir des résultats encore plus cruels.

Il est difficile de conclure que les systèmes de répression en place en Colombie-Britannique et en Ontario peuvent détecter plus qu'une fraction de fraudes dans le domaine de la santé. Lorsque les cols blancs impliqués dans des crimes sont arrêtés, ils jouissent de beaucoup plus d'avantages que les criminels moins puissants. Les délinquants plus riches peuvent plus facilement éviter la détection, l'enquête, la poursuite, la condamnation et l'attribution d'une peine. Si les moins puissants pouvaient agir ainsi, on assisterait à une diminution radicale des comportements que nous définissons comme des crimes et que nous punissons comme tels. L'étude consacrée aux crimes des cols blancs et qui fait partie du rapport «Qu'est-ce qu'un crime?» expose le système de justice pénale entaché de préjugés de classe et de l'industrie de répression du crime. On nous a avertis qu'une approche plus sévère à l'encontre de la criminalité des cols blancs pourrait avoir comme conséquence imprévue de déchaîner l'industrie de répression du crime contre les moins puissants. Il est temps de reconsidérer les inégalités du droit pénal et de limiter sa portée.

PREMIÈRE PARTIE : La fraude dans le domaine de la santé : Différences en fonction de l'emplacement¹

En 1939, Sutherland a inventé l'expression «crime en col blanc» pour attirer l'attention sur les crimes commis par les classes supérieures, ainsi que sur le fait que ces crimes [Traduction] «ne font généralement pas l'objet de la criminologie»². Ces crimes couraient un moindre risque de faire l'objet de poursuites dans le cadre du système de justice pénale que ceux commis par les classes inférieures. Et, lorsque ces actes déviants font l'objet d'une procédure, cela n'a lieu généralement qu'au sein d'un organisme administratif. La différence d'emplacement a eu pour effet d'accorder l'immunité criminelle aux cols blancs impliqués dans des crimes. La définition de crime proposée par Sutherland a été fortement rejetée par Tappan, un avocat sociologue qui aurait limité le terme «crimes» aux interdictions du droit pénal et le terme «criminels» à ceux qui ont été reconnus coupables par un tribunal³.

Le débat sur la question de savoir «Qu'est-ce qu'un crime?» est très ancien et se poursuit jusqu'à présent⁴. La [Traduction] «pyramide du crime» de Greer and Hagan et le [Traduction] «prisme du crime» d'Henry et Lanier constituent des tentatives d'intégration des diverses définitions de crime. Selon la pyramide du crime, les actes déviants qui sont plus susceptibles d'être qualifiés de crimes comportent les éléments suivants [Traduction] «1) un consensus public sur le caractère immoral de ces actes, 2) une réponse sévère de la part de la société et 3) une évaluation selon laquelle ils sont très préjudiciables.»⁵ Henry et Lanier

¹ Le terme «emplacement» symbolise, dans les présentes, plusieurs différences : les niveaux socioéconomiques, l'emplacement géographique, le statut professionnel, entre autres.

² Edwin H. Sutherland, *White Collar Crime: The Uncut Version* (Introduction par Gilbert Geis et Colin Goff) New Haven et London, Yale University Press, 1983, p. 7. Son discours de 1939 figure dans Edwin H. Sutherland, «White-Collar Criminality», dans *American Sociological Review*, vol. 5, n° 1, 1940, p. 1.

³ Paul W. Tappan, «Who Is the Criminal?», dans *American Sociological Review*, vol. 12, 1947, p. 96.

⁴ Voir Stuart Henry et Mark M. Lanier (éd.), *What is Crime? Controversies over the Nature of Crime and What to Do about It*, Lanham, Maryland, Rowan & Littlefield Publishers Inc., 2001, et la Commission du droit du Canada (éd.), *Qu'est-ce qu'un crime?* Vancouver, UBC Press, 2004.

⁵ Scott Greer et John Hagan, «Crime as Disrepute», dans Stuart Henry et Mark M. Lanier (éd.), *What is Crime? Controversies over the Nature of Crime and What to Do about It*, Lanham, Maryland, Rowan & Littlefield Publishers

signalent un certain nombre de limitations à la pyramide du crime, notamment le fait que les crimes des moins puissants⁶ [Traduction] «sont beaucoup plus susceptibles de subir le plein poids de la loi que ceux des plus puissants⁷.» Henry et Lanier ont élaboré un prisme du crime qui établit une différence entre les crimes très visibles (généralement les crimes des moins puissants, lesquels se trouvent en haut du prisme) et les crimes plus ou moins invisibles (généralement les crimes que les plus puissants commettent en privé, comportant de l'abus de confiance, lesquels figurent en bas du prisme). Le prisme compte quatre dimensions. Premièrement, il y a un consensus social plus généralisé dans la partie supérieure du prisme et moins de consensus dans la partie inférieure du prisme. Deuxièmement, les comportements figurant dans la partie supérieure du prisme sont plus susceptibles de causer une réaction sociale, comparativement aux crimes qui figurent dans la partie inférieure. La différence de réaction des membres du public reflète, en partie, la capacité des plus puissants d'influencer la définition et l'application des lois. Troisièmement, les crimes figurant dans la partie supérieure du prisme peuvent causer généralement plus de préjudices directs à des particuliers, alors que les crimes se trouvant dans la partie inférieure causent plutôt un préjudice social indirect. Les deux types de crime peuvent entraîner des préjudices très graves, y compris la mort. Quatrièmement, les crimes qui figurent dans la partie supérieure du prisme visent davantage les individus, alors que les crimes figurant au bas du prisme visent des catégories sociales (p. ex. les personnes qui occupent des emplois à risque élevé)⁸.

En réalité, nous employons le droit pénal pour appliquer des lois qui ne font pas l'objet de consensus social et qui causent peu de préjudices⁹. Parfois, l'exécution de notre droit pénal cause plus de mal qu'il n'en évite¹⁰. Nous excluons également du droit pénal certaines activités

Inc., 2001, p. 207-213.

⁶ Henry et Lanier utilisent l'expression «sans pouvoir»; je préfère employer l'expression «moins puissants» pour reconnaître le mandat que ces individus exercent. Personne n'est dépourvu de pouvoir, cependant, le pouvoir est réparti inéquitement.

⁷ Stuart Henry et Mark M. Lanier, «The Prism of Crime: Towards an Integrated Definition of Crime», dans Stuart Henry et Mark M. Lanier (éd.). *What is Crime? Controversies over the Nature of Crime and What to Do about It*, Lanham, Maryland, Rowan & Littlefield Publishers Inc., 2001, p. 227-228.

⁸ Henry et Lanier, «The Prism of Crime», p. 227-232.

⁹ Pour un exposé sur les façons dont nous gaspillons les ressources consacrées à la justice pénale en activités qui ne devraient pas être criminalisées parce qu'elles ne causent pas de préjudices graves à autrui, voir Alan N. Young, *Justice Defiled: Perverts, Potheads, Serial Killers and Lawyers*, Toronto, Key Porter Books, 2003.

¹⁰ Alors qu'il y a, sans doute, consensus social sur le fait qu'il faut prévenir le vol de voitures, on peut se demander si

qui causent beaucoup de préjudice¹¹. Lorsque nous soulevons la question de savoir «Qu'est-ce qu'un crime?», les préjudices sociaux causés par des actes que nous ne qualifions pas de crimes sont aussi importants que ceux que nous considérons comme tels. Il semble que, selon la pyramide du crime et selon le prisme du crime, l'élément déterminant du caractère criminel d'un acte soit notre réaction face à un comportement indésirable. Lorsqu'on définit ce qu'est qu'un crime, les mesures d'exécution prises par les acteurs sociaux sont aussi importantes que la loi elle-même.

La Commission du droit du Canada a entrepris la tâche de définir «Qu'est-ce qu'un crime?» dans un document de discussion publié en 2003. Elle a examiné un certain nombre de rapports antérieurs qui préconisaient que l'on restreigne la portée du droit pénal et qu'il ne soit employé que pour surveiller ou répondre aux menaces de préjudice très grave uniquement lorsqu'on ne dispose pas d'aucun autre moyen adéquat de les surveiller¹². Dans la partie du document intitulée «La réalité du droit pénal», la Commission a reconnu que notre réaction face au crime est aussi importante que notre définition de crime. Les autorités traitent certains crimes confidentiellement et en ignorent d'autres complètement. Certains délinquants sont surveillés excessivement, d'autres ne le sont pas assez. Ces inégalités flagrantes ont poussé la Commission à soulever la question suivante : «Pourquoi traitons-nous certaines personnes comme des criminels et non pas d'autres? ¹³». La Commission se demande également : «Nos stratégies d'intervention appuient-elles des notions d'égalité? ¹⁴». En 2004, la Commission a publié une série d'études de cas portant sur l'institution et sur l'exécution des lois criminelles au Canada. Dans l'introduction du document, Des Rosiers et Bittle préconisent l'institution d'un

le programme de voitures-appâts très connu, mis en place par la police dans la Vallée du bas Fraser, à Vancouver (dans le cadre duquel on laisse des voitures-appâts dans des parcs de stationnement pour attirer des prétendus voleurs, lesquels sont parfois filmés en train de se demander à voix haute s'ils devraient voler l'appât) pourrait entraîner une augmentation considérable des détournement de voitures avec violence, de vols de sacs à main, de vols et d'agressions dans des parcs de stationnement, d'invasions de domicile. L'augmentation de ces crimes provoquera sans doute une augmentation de la peur de la criminalité et suscitera encore plus de soutien à l'égard de l'industrie de répression du crime.

¹¹ Paddy Hillyard et Steve Tombs, «Beyond Criminology», dans Paddy Hillyard, Christina Pantazis, Steve Tombs, et Dave Gordon (éd.), *Beyond Criminology: Taking Harm Seriously*, Blackpoint, Nouvelle-Écosse, Pluto Press, 2004, p. 10, p. 12-14.

¹² Document de Commission du droit du Canada, Document de *Qu'est-ce qu'un crime? Des défis et des choix*, Ottawa, Commission du droit du Canada, Document de discussion, 2003, p. 15.

¹³ Document de Commission du droit du Canada 2003, p. 20.

¹⁴ Document de Commission du droit du Canada 2003, p. 39.

[Traduction] «processus plus équitable et exigeant une meilleure responsabilisation pour déterminer les crimes et exécuter le droit pénal»¹⁵.

La présente étude sur la fraude commise par les professionnels de la santé ne porte pas sur l'institution de nouvelles lois, mais sur l'application de lois déjà instituées depuis un certain temps. Bien que, du point de vue historique, on a déjà soulevé la question de savoir si les pratiques frauduleuses devaient être considérées comme criminelles¹⁶, il semble qu'aujourd'hui on ait atteint un consensus général sur la question de savoir si la fraude doit être interdite. Du moins, il n'y a pas d'appui généralisé préconisant la décriminalisation de la fraude, comme cela est le cas, par exemple, au sujet de la possession de marijuana.

Selon l'article 380 du *Code criminel*, toute personne qui «par supercherie, mensonge ou autre moyen dolosif, frustre le public ou toute personne, déterminée ou non, de quelque bien, service, argent ou valeur» commet une instance de fraude¹⁷. La fraude est un crime qui dépasse les frontières des classes socioéconomiques. Elle s'étend de la fraude contre l'aide sociale ou à la sécurité sociale, jusqu'à la fraude dans le domaine de la santé commise par les médecins, la fraude à l'aide juridique commise par les avocats et la fraude à l'endroit des sociétés commise par les administrateurs et les directeurs de ces dernières. La fraude est un crime qui nous permet d'examiner la différence des traitements qui lui sont accordés en fonction de la sphère sociale et économique. Bien qu'il y ait un certain nombre de questions qui s'articulent autour de la fraude en tant qu'infraction¹⁸, il semble que la question la plus litigieuse est celle de savoir comment mettre, ou ne pas exécuter cette loi. Il semblerait que le traitement que l'on accorde à une loi est peut-être aussi important, voire plus important que le contenu de

¹⁵ Nathalie Des Rosiers et Steven Bittle. «Introduction», dans Commission du droit du Canada, 2004, p. vii-xxiii.

¹⁶ Brenda L. Nightingale, *The Law of Fraud and Related Offences*, Toronto, Carswell, 1996, p. 1-3 fournit un exemple de l'année 1703 dans lequel l'honorable juge en chef Holt soulève la question suivante : «Doit-on condamner un homme pour avoir jeté le ridicule sur autrui?»

¹⁷ Si la valeur de l'objet dépasse 5 000 \$, l'instance de fraude sera considérée comme un acte criminel passible d'un emprisonnement maximal de 14 années. Avant 2004, l'emprisonnement maximal était de 10 années. Si la valeur de l'objet ne dépasse pas 5 000 \$, l'instance de fraude sera considérée comme une infraction punissable sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire

¹⁸ Voir Nightingale, *The Law of Fraud*; Commission de réforme du droit du Canada, *Theft and Fraud Offences*, Ottawa, Commission de réforme du droit du Canada, Working Paper, n° 19, 1977, ainsi que Commission de réforme du droit du Canada, *Theft and Fraud Offences*, Ottawa, Commission de réforme du droit du Canada, Report 12, 1979.

la loi et qu'il a un impact plus prononcé sur la question «Qu'est-ce qu'un crime?»¹⁹

Face à des instances de fraude et à d'autres irrégularités en matière de facturation commise par des professionnels de la santé, les responsables de la définition de «crime» peuvent réagir d'un certain nombre de façons différentes. S'ils trouvent de la fraude, ils peuvent soit l'ignorer, soit la tolérer. L'organisme gouvernemental chargé de la surveillance du paiement des factures peut réagir officiellement ou de manière informelle. On peut appeler la police pour enquêter ou ne pas le faire. La Couronne peut entamer une poursuite en vertu du *Code criminel* ou de la loi provinciale ou ne pas déposer d'inculpations. Le juge peut statuer qu'il y a présence de fraude ou peut statuer qu'il n'y a pas eu de fraude et le contexte social peut constituer un facteur déterminant²⁰.

Le professionnel peut être convoqué auprès de l'OAR pour une audience disciplinaire. Une étude effectuée par Ericson et Doyle sur la façon dont les compagnies d'assurances définissent et réglementent les factures d'assurance frauduleuses illustre avec beaucoup de précision la différence d'exécution de la loi à l'égard des riches et des pauvres. Les auteurs ont découvert qu'une compagnie d'assurances visant une clientèle provenant d'une origine socioéconomique supérieure, leur offrait un service d'experts professionnels internes. Une autre compagnie, visant une clientèle provenant d'un secteur socioéconomique inférieur, engageait des anciens policiers en qualité d'enquêteurs pour diminuer le montant des remboursements qu'elle devait verser et invoquait beaucoup plus souvent le système de justice pénale²¹. Lorsqu'on se pose la question de savoir s'il y a une loi pour les riches et une loi pour les pauvres, on se penche généralement sur l'application, la pratique et l'exécution des lois et non

¹⁹ Voici ce que la Commission de la réforme du droit a déclaré en 1977 au sujet du vol et de la fraude : [Traduction] «On dit qu'une loi est définie par ses répercussions. Par exemple, le droit pénal n'est pas constitué uniquement par le contenu du *Code criminel*, mais également par les actions des juges, des procureurs, des avocats de la défense, de la police, des responsables de l'administration pénitentiaire et tous ceux qui gèrent notre système de justice pénale. Les actions de ces personnes sont la cible principale de la réforme du droit. Commission de réforme du droit du Canada, 1977, p. 1.

²⁰ Considérez ce que l'honorable juge McLachlin a déclaré sur la définition d'*actus reus* dans le cadre des «autres moyens dolosifs» prévus à l'art. 380 du *Code criminel*, dans l'arrêt *R. c. Zlatic*, [1993] 2 R.C.S. 29, par. 32 : «La personne raisonnable qualifierait-elle l'acte de malhonnête? Évidemment, il n'est pas facile de définir avec précision la malhonnêteté ... L'emploi est «illégitime» dans ce contexte s'il représente une conduite qu'une personne honnête et raisonnable considérerait malhonnête et dénuée de scrupules.»

²¹ Richard Ericson et Aaron Doyle, «Criminalization in Private: The Case of Insurance Fraud», dans Commission du droit du Canada (éd.), *What is Crime? Defining Criminal Conduct in Contemporary Society*, Vancouver, UBC Press, 2004, p. 99, p. 119-120.

pas sur la définition du crime. La présente étude porte sur l'exécution de la loi.

I. Méthodes de recherche

La partie II de la présente étude se penche sur l'ensemble de la documentation disponible sur la fraude et se concentre particulièrement sur un type précis de fraude et d'irrégularités dans le domaine de la santé commises par des professionnels, notamment dans le cadre de la rémunération des honoraires à l'acte. La plus grande partie de ces professionnels sont des médecins parce que ces derniers ont un meilleur accès, dans un nombre plus important, au système de rémunération des honoraires à l'acte. La présente partie examine brièvement les questions d'ordre historique ayant été soulevées en matière de fraude commise par les professionnels de la santé, puis essaie de mesurer l'ampleur de la fraude dans le domaine de la santé et la manière dont les professionnels sont surveillés.

Les parties III et IV examinent les dispositions législatives qui régissent la facturation des soins de santé et la façon dont les factures frauduleuses sont contrôlées et traitées en Colombie-Britannique et en Ontario. Pour être en mesure de comparer ces deux processus, j'ai dû examiner en profondeur toute la législation, la réglementation et les publications des organismes gouvernementaux qui régissent la rémunération des honoraires à l'acte. J'ai également effectué des recherches dans les journaux, les sites Web et les bulletins publiés par ces organismes gouvernementaux et par les divers collèges de médecins et de chirurgiens. Le système ontarien est beaucoup plus transparent, particulièrement à la suite de la nomination de l'honorable Peter Cory par le gouvernement, le 30 avril 2004, pour examiner et faire des recommandations en ce qui concerne : [Traduction] «la meilleure méthode de vérifier les factures d'honoraires à l'acte, laquelle doit (a) favoriser la reddition de comptes au public, aux médecins et au gouvernement de l'Ontario et (b) rétablir la confiance du corps professionnel médical dans le processus de vérification»²². Les documents publics, y compris les rapports soumis pour le présent examen, sont affichés dans des sites Web publics et je les ai consultés dans le cadre de ma recherche.

La partie V décrit les mesures administratives, d'autoréglementation, criminelles et

²² «Terms of Reference» (en ligne), le 30 avril 2004, consulté le 30 décembre 2004. Internet : www.petercory.org.

quasi-criminelles mises en place entre 1990 et 2003 dans l'ensemble du Canada entier pour lutter contre les irrégularités dans le domaine de la santé, lesquelles sont disponibles dans le domaine public, dans les bases de données des tribunaux et Quicklaw, dans les journaux et auprès des services de transcription judiciaire. Puis, la partie V se consacre plus en détail aux instances ayant eu lieu en Colombie-Britannique et en Ontario, pour examiner les similarités et les différences entre les deux provinces. Les instances ont été codées et inscrites dans le serveur d'applications statistiques SPSS afin de faciliter leur analyse quantitative et qualitative. (Voir le tableau des codes à annexe A.)

On a constaté des différences entre les deux provinces en ce qui concerne l'accès à l'information. Les décisions de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario sont disponibles dans leur site Web et dans Quicklaw. Quant au *College of Physicians and Surgeons* de la Colombie-Britannique, il prétend que ses décisions sont protégées par des dispositions de confidentialité et refuse de les rendre publiques. Ce collège réfère toute personne qui recherche des renseignements en la matière aux sommaires des instances qui figurent dans son site Web. Aucune de ses décisions ne figure dans Quicklaw. Il n'est possible d'obtenir des détails supplémentaires sur ces décisions, que si un docteur interjette appel au tribunal ou si les faits sont nécessaires dans le cadre d'une autre décision judiciaire, notamment dans des cas de divorce ou de faillite. Le manque de transparence dont fait preuve le College de la Colombie-Britannique devient, cependant, de plus en plus l'exception et ne représente pas la norme des OAR²³. Cela soulève la question de savoir pourquoi un OAR, doté par le gouvernement de pouvoirs disciplinaires, peut se permettre de faire preuve d'un tel manque de transparence.

L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario a dressé une banque de données de tous les médecins inscrits, laquelle est mise à la disposition du public dans son site Web. Elle comprend le dossier disciplinaire de chaque médecin, l'année de sa naissance, ainsi que l'année et le lieu de l'obtention de son diplôme. Malheureusement, les renseignements concernant les médecins qui ont quitté l'ordre ne figurent pas dans ce site Web public. Le *College of Physicians and Surgeons* de la Colombie-Britannique a affiché sa base de données

²³ Voir Joan Brockman, «Fortunate Enough to Obtain and Keep the Title of Profession: Self-Regulating Organizations and the Enforcement of Professional Monopolies», dans *Administration publique du Canada*, vol. 41, n° 4, 1998, p. 587, p. 608-609.

en janvier 2005²⁴. Elle comporte le dossier disciplinaire des membres (seulement un court résumé) depuis janvier 1998, ainsi que l'année et le lieu de l'obtention du diplôme, mais ne contient pas leur date de naissance.

Bien que les décisions judiciaires ci-mentionnées relèvent du domaine public, nous avons quand même éprouvé des problèmes pour avoir accès à leurs transcriptions. Quelqu'un m'a dit qu'en Ontario, on détruit les transcriptions après un délai de six années et qu'on ne peut commander une transcription que si l'on dispose du nom du juge qui a été saisi de l'affaire ou du nom du sténographe judiciaire. La date de l'audience et le nom de l'inculpé ne sont pas suffisants. Il nous a été beaucoup plus facile d'obtenir les transcriptions judiciaires en Colombie-Britannique en présentant simplement le nom de l'inculpé (même s'il contenait des fautes d'orthographe) pour obtenir les transcriptions.

J'ai tenu des entrevues avec 10 avocats, médecins et administrateurs qui travaillent dans le système d'assurance-maladie de la Colombie-Britannique, pour mieux comprendre son fonctionnement. (Voir l'annexe B consacré aux entrevues avec plus de détails.) Pour comprendre le système de l'Ontario, je me suis principalement fondée sur un certain nombre de travaux soumis à l'honorable juge Cory dans le cadre de son examen du système de vérification dans cette province, lequel avait lieu au moment de ma recherche.

Les conclusions tirées de la présente étude se trouvent dans la Partie VI. Elles définissent un certain nombre de questions qui surgissent de la différence du traitement accordé en fonction des différences d'emplacement, la Colombie-Britannique et l'Ontario, à l'égard de la fraude commise par des professionnels et de la fraude contre l'aide sociale, puis de la fraude dans le domaine de la santé en Colombie-Britannique et en Ontario. À la suite de quoi, j'attaque la question de savoir comment pourrait-on transférer la compassion, ou peut-être la déférence, dont nous faisons preuve envers les cols blancs impliqués dans des crimes, aux prétendus criminels «de la rue».

²⁴ (en ligne) Consulté le 12 janvier 2005. Internet : www.cpsbc.ca/.

PARTIE II : Définition du problème dans le domaine de la santé

I. La portée de la fraude dans le domaine de la santé

La fraude dans le domaine de la santé peut être commise par des patients en particulier (qui emploient la carte d'une autre personne ou une carte d'assurance-maladie frauduleuse), ainsi que par des hôpitaux, des établissements de soins de longue durée, des fournisseurs, des laboratoires, des fournisseurs de soins de la santé et des sociétés fictives. Parmi les victimes, on retrouve les régimes subventionnés par l'État, des compagnies privées d'assurances et tous ceux qui voient leurs cotisations augmenter ou qui sont privés de services en raison du manque de fonds. Sparrow donne de nombreux exemples de fraude dans le domaine de la santé ayant eu lieu aux États-Unis. Selon lui, le crime organisé abandonne actuellement les drogues illicites, pour se tourner vers la fraude de l'assurance-santé parce que [Traduction] «cela est plus sécuritaire, plus lucratif et qu'il y a moins de risque de se faire prendre. En outre, ces criminels savent bien que, s'ils ont la mauvaise chance de se faire prendre, les peines attribuées pour fraude dans le domaine de la santé sont beaucoup moins sévères que celles attribuées pour trafic de drogues»²⁵.

La présente étude porte sur un aspect de la fraude dans le domaine de la santé, plus précisément sur la facturation et sur la facturation frauduleuse effectuée par les professionnels de la santé (surtout les médecins) qui facturent leurs honoraires à l'acte. Selon un certain nombre d'universitaires, un régime d'assurance-maladie qui verse des honoraires à l'acte est criminogène et facilite la commission de crimes parce qu' [Traduction] «il corrompt subtilement les professionnels et constitue l'une des principales raisons de la désintégration morale des

²⁵ Malcolm K. Sparrow, *License to Steal: How Fraud Bleeds America's Health Care System*, Boulder, Colorado, Westview Press, 2000, p. 19.

médecins»²⁶. Il permet aux médecins [Traduction] «d'augmenter leurs revenus illégalement, en assumant un risque très faible d'être découverts»²⁷.

En 1991, Barer et Stoddart ont recommandé un système de capitation pour le Canada, parce que le système de rémunération fondé sur les honoraires à l'acte favorise la prolifération de visites et de procédures, il est par nature inéquitable et exige la tenue de négociations excessivement longues pour en fixer les conditions²⁸. Depuis que ces auteurs ont fait cette remarque, on a réduit l'utilisation de cette méthode de rémunération. Il s'agit, cependant, de la méthode de rémunération des médecins la plus importante au Canada²⁹.

Le système de facturation des honoraires à l'acte se fonde sur la confiance et, lorsqu'il n'est pas surveillé rigoureusement, il présente des occasions faciles d'émettre des factures inexactes ou frauduleuses. Les professionnels de la santé peuvent facturer des services qu'ils n'ont même pas rendus; ils peuvent facturer des procédures plus onéreuses que celles qu'ils ont véritablement effectuées (modification des codes ou «*up-coding*»), des services inutiles ou inadéquats et même faire preuve de conduites immorales. Outre le coût de la fraude dans le domaine de la santé, l'utilisation de certaines techniques de diagnostic ou les interventions chirurgicales inutiles peuvent causer de très sérieux dommages et même la mort des patients³⁰.

²⁶ Paul Jesilow, Henry N. Pontell, et Gilbert Geis, *Prescription for Profit: How Doctors Defraud Medical*, Berkeley, University of California Press, 1993, p. 8.

²⁷ Jesilow, Pontell, et Geis, *Prescription for Profit*, p. 3-5. Cela ne signifie pas que d'autres systèmes n'ont aucun problème.

²⁸ M. Barer et G. Stoddart, *Towards Integrated Medical Resource Policies for Canada*, Winnipeg, Manitoba Health, 1991, tel que cité par Dana Hanson, présidente du groupe de travail *Ad Hoc Policy Working Group on the Physician Workforce, Who Has Seen the Winds of Change? Towards Sustainable Canadian Physician Workforce*, Ottawa, Canadian Medical Association, juillet 2004, p. 21. Selon certaines critiques, le système de capitation, qui rémunère en fonction du nombre de bénéficiaires, plutôt qu'en fonction du nombre de services, ne fait que [Traduction] «transférer le risque de fraude et d'abus ailleurs.» Timothy Stolfus Jost et Sharon L. Davies, «The Empire Strikes Back: A Critique of the Backlash Against Fraud and Abuse Enforcement», dans *Alabama Law Review*, vol. 51, 1999, p. 239, p. 252-254.

²⁹ Hanson, dans son article *Who has Seen*, p. 22, cite une étude qui démontre que la proportion de médecins dont au moins 90 p. 100 du revenu provient de la facturation d'honoraires à l'acte a diminué de 66 p. 100, en 1995, à 57 p. 100, en 2003.

³⁰ Jesilow, Pontell, et Geis, *Prescription for Profit*, p. 19, font référence à une étude menée aux États-Unis qui démontre que 10 p. 100 des opérations sont inutiles. Dans le cadre de certaines procédures, l'emploi inadéquat de chirurgie s'élève à 44 p. 100. Récemment, la Croix Bleue et l'Association du Bouclier Bleu ont déclaré que certains médecins sont prêts à faire courir à leurs patients des risques graves, en donnant l'exemple d'un cardiologue californien qui effectuait des chirurgies cardiaques à cœur ouvert sans que cela ne soit nécessaire; Vanessa Matlin, «Fraud Plagues U.S. Health Care», dans *Knight-Ridder Tribune*, le 14 juillet 2004. Récemment, en Ontario, il a été

En raison du fait qu'on accorde aux professionnels un certain pouvoir discrétionnaire en ce qui concerne la facturation de certains services, il est possible que la «facturation agressive», également appelée «modifiée» (*fudging*) ou «truquée» (*padding*), soit considérée comme un signe d'avidité et non pas comme une incidence de fraude. Même la terminologie employée («facturation truquée excessive», «facturation inexacte») donne l'impression que ce type de comportement n'est pas considéré comme véritablement frauduleux.

Dans la présente étude, nous examinons un certain nombre de transgressions qui ne répondent pas à la définition de fraude. D'abord, les transgressions qui vont à l'encontre des «profils de spécialisation» ont lieu lorsqu'une somme réclamée par un médecin dépasse considérablement les sommes facturées par des collègues qui œuvrent dans le même domaine d'exercice : le médecin est alors tenu de fournir des explications ou de corriger les chiffres. Cela peut simplement signifier que ce médecin offre à ses patients des soins exceptionnels. Cependant, un «dossier incomplet» peut également signifier que ce médecin manque de rigueur dans ses calculs; cela peut également signifier, bien sûr, que le médecin n'a pas rendu tous les services facturés mais qu'on ne disposait pas de preuves convaincantes, ni de temps, pour approfondir cet aspect de l'affaire.

Il semble également qu'il y ait un élément de «pensée de groupe» présent dans la fraude dans le domaine de la santé, et il existe des techniques de neutralisation qui permettent aux professionnels de la santé, de commettre de la fraude sans trop se préoccuper du caractère criminel de leurs actions. Cela est renforcé par le fait que les médecins inculpés d'irrégularité peuvent citer d'autres médecins à témoigner, lesquels sont disposés à déposer que l'irrégularité présumée constitue une pratique commune dans le domaine et qu'elle est, par conséquent, justifiée. Jesilow, Pontell et Geis suggèrent quelques circonstances qui facilitent la fraude dans le domaine de la santé : 1) la possibilité que l'auteur de la fraude définisse la transgression, en privé et parmi d'autres personnes, en employant des termes positifs; 2) le sentiment, chez l'auteur de la fraude, que des forces externes insensibles l'empêchent obtenir ce qu'il mérite; 3) la possibilité d'occasions de violer la loi facilement; 4) l'auteur de la fraude

statué que le D^r Wai-Ping a effectué des hystérectomies inutiles et risquées, *College of Physicians and Surgeons of Ontario c. Dr. Errol Sonny Wai-Ping* (11 mars 2004). L'avocat qui a déposé les plaintes pour le compte de ses anciennes patientes, allègue que le gain financier peut avoir motivé le médecin à effectuer ces chirurgies, Joseph Brean, «MD Pressured Women Into Unneeded Hysterectomies», *National Post*, 19 novembre 2003, p. A5.

croit qu'il y a peu de probabilités que quelqu'un découvre ses transgressions et que, s'il est découvert, il y a peu de probabilités qu'on lui impose des peines graves³¹.

II. Questions soulevées au cours de l'histoire sur la fraude commise par les professionnels de la santé

Contrairement aux États-Unis³², il semble qu'au Canada on ne se soit pas beaucoup inquiété au sujet de la fraude dans le domaine de la santé, du moins jusqu'à très récemment³³.

Cependant, vers le milieu des années 70, le chercheur Gordon Hatcher, originaire du Canada mais résident des États-Unis, a examiné les mesures de surveillance des coûts mis en place en Saskatchewan, en Ontario et au Québec dans le cadre de l'élaboration de politiques américaines³⁴. Après avoir examiné la surveillance des pratiques dans la Saskatchewan, il a conclu que [Traduction] «pour prévenir la propagation d'abus dans le cadre de régimes d'assurance-maladie aux honoraires à l'acte, un examen rigoureux des factures effectué par des administrateurs d'expérience, accompagné d'un bon programme informatique et d'une vérification des factures auprès des patients, constitue un procédé beaucoup plus efficace qu'un examen effectué par des collègues»³⁵.

En Ontario, les problèmes ont surgi au moment où cette province a décidé d'employer des messagers privés pour que les médecins soient payés en temps opportun. Ces organismes privés facturaient au prix coûtant majoré, ce qui signifie qu'il n'était pas dans leur intérêt de

³¹ Jesilow, Pontell, et Geis, *Prescription for Profit*, p. 186.

³² Voir, par exemple, Jesilow, Pontell, et Geis, *Prescription for Profit*, et Sparrow, *Licence to Steal*.

³³ Entre le 29 janvier 1973 et le 23 février 2004, on a soulevé 97 774 questions verbales, pendant la période de question de la Chambre des Communes. Quant aux questions écrites, entre le 22 janvier 1973 et le 20 novembre 1992, on a posé 17 531 questions écrites. Une seule et unique question a été posée au sujet de la fraude dans le domaine de la santé, en 1982, par Jim Fulton à Monique Begin sur le président de la *British Columbia Medical Association* qui était [Traduction] «carrément en train d'escroquer le système médical.» Voici les expressions qui ont fait l'objet de la recherche : [Traduction] «fraude et assurance-maladie ou OHIP», «fraude dans le domaine de la santé», «fraude à l'assurance-maladie» et «OHIP». Il est possible que le manque d'intérêt du gouvernement fédéral soit dû au fait que la mise à exécution en la matière relève de la responsabilité des provinces.

³⁴ Gordon H. Hatcher, *Universal Health Care In Canada, 1947-1977*, Washington, U.S. Department of Health and Human Service, 1981.

³⁵ Hatcher, *Universal Health Care*, p. 91.

surveiller la facturation excessive. Ils ne disposaient pas, non plus, de moyens pour la surveiller. Contrairement aux provinces qui faisaient usage de méthodes de profilage des médecins depuis le milieu des années 60, (pour prévenir [Traduction] «la prestation de services excessifs de la part des médecins ... plutôt que les demandes excessives de la part des patients») la province d'Ontario n'a introduit cette méthode d'enquête qu'en 1974, à la suite de «la préoccupation publique face au revenu incontrôlé des médecins et à l'inquiétude du gouvernement face aux coûts galopant des soins.» À la suite de la présentation, devant l'Assemblée, de propositions législatives ayant pour but l'institution de mesures de surveillance, les médecins ont persuadé le gouvernement de permettre au comité d'examen CEM de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, de surveiller la facturation, tout en leur permettant d'exclure tout employé du gouvernement³⁶.

Hatcher a découvert que, lors de ses trois premières années d'opération, la Régie de l'assurance maladie du Québec a poursuivi 60 professionnels et en a condamné plus de 30. Il a expliqué ce degré de surveillance par le fait que la Régie s'occupe directement des irrégularités, sans avoir recours à la méthode d'examen par des collègues. Cette stricte surveillance des factures a également permis à la Régie de recouvrer de grandes sommes d'argent payées par erreur à la suite de facturation inexacte (et non pas frauduleuse)³⁷.

Vers le milieu des années 80, Wilson Chappel et Lincoln ont conclu que [Traduction] «en dépit de l'intérêt que la fraude médicale et la prestation de services excessifs suscitent auprès du public et du gouvernement dans d'autres pays industrialisés, au Canada ces questions ont causé peu d'intérêt»³⁸. Il semble que la situation ait bien peu changé au Canada jusqu'à récemment. Cependant, l'intérêt des autres pays semble avoir augmenté exponentiellement. Par exemple, en 1993, le procureur général des États-Unis a déclaré que la fraude des services de la santé constitue la deuxième priorité du ministère de la Justice (la priorité étant les crimes avec violence) et a annoncé plusieurs initiatives de lutte contre la fraude dans ce domaine. En

³⁶ Hatcher, *Universal Health Care*, p. 114-116.

³⁷ Hatcher, *Universal Health Care*, p. 138. Il n'est pas clair, dans cette étude, s'il s'agit de poursuites criminelles, quasi-criminelles ou des poursuites civiles pour dommages-intérêts. Hatcher déclare qu'on peut employer ces deux types de recours.

³⁸ Paul R. Wilson, Duncan Chappell, et Robyn Lincoln, «Policing Physician Abuse in BC: An Analysis of Current Policies», dans *Canadian Public Policy*, vol. 12, 1986, p. 236.

1996 et 1997, on a apporté des modifications législatives pour faciliter les initiatives de lutte contre la fraude³⁹. Le gouvernement des États-Unis a également permis que la fraude dans le domaine de la santé fasse l'objet de poursuites par des particuliers en vertu de la loi de lutte contre les fausses factures intitulée *False Claims Act*. Cette loi permet aux dénonciateurs (auparavant rapporteurs) de recevoir entre 15 p. 100 et 30 p. 100 des dommages-intérêts attribués, lesquels peuvent parfois s'élever à plusieurs millions de dollars⁴⁰.

Vers le milieu des années 90, un certain nombre d'affaires ont attiré l'attention du public sur la fraude dans le domaine de la santé dans deux provinces canadiennes. En 1994, le Régime d'assurance médicale de la Colombie-Britannique a publié le nom de sept médecins qui ont été tenus de rembourser entre 50 000 \$ et 75 000 \$ au Régime. Bien que ces médecins aient fait l'objet d'une attention considérable de la part des médias, ce n'est qu'en 1996 que le système y a subi de très graves critiques. En effet, le cabinet de ministres provincial a approuvé le règlement de deux instances contre des médecins, les exonérant ainsi de rembourser les sommes de 216 164 \$ et 400 000 \$ au Régime. Le gouvernement a été sévèrement critiqué pour avoir accordé à ces médecins un traitement préférentiel⁴¹.

En 1996, plusieurs journaux ont publié l'histoire du D^r Ara Artinian, un médecin de Toronto, qui a prétendument réclamé des honoraires excédentaires de 4,7 millions de dollars pour des services qu'il n'a jamais rendus. On a rapporté qu'il avait quitté le pays en 1994. Il

³⁹ Sparrow, *License to Steal*, p. 56-79.

⁴⁰ Mary T. Scott a reçu 1,1 million de dollars (18 p. 100) du montant recouvré auprès d'un hôpital de Grande Rapids; Anonyme. «"\$6 Million Settles Lawsuit; Hospital Denies any Wrongdoing Over a Whistleblower Case», dans *Detroit Free Press*, le 11 décembre 2003, page inconnue. Lorsque HealthSouth Corp., une entreprise qui dirige des hôpitaux de réadaptation, a accepté de payer 325 millions de dollars pour régler plusieurs inculpations de fraude déposées aux États-Unis à son encontre, M. Devage (patient auprès d'un établissement de HealthSouth) a reçu 8,2 millions de dollars d'autres personnes ayant déposé plainte ont reçu un total de 4,2 millions de dollars en vertu de la *False Claims Act*, Patti Bond, «Hospital operator settles case HealthSouth ends probe by Medicare for \$325 million», dans *The Atlanta Journal-Constitution*, le 31 décembre 2004, p. F1. Le D^r Steven J. Bander a reçu une somme de 56 millions de dollars lorsque le gouvernement américain a recouvré 350 millions auprès de Gambro Healthcare. Cette entreprise a constitué une société fictive pour facturer illégalement, chaque mois, un montant excédentaire de presque 500 \$ par patient assujéti à la dialyse rénale. Le D^r Bander a essayé, en vain, de mettre fin à ces incidences de fraude, avant de porter plainte. Peter Shinkle, «Doctor who exposed fraud at Gambro will get \$56 million», dans *Knight Ridder Tribune*, le 26 mars 2005, page inconnue. Pour des renseignements supplémentaires sur ces instances, veuillez consulter : «All About Qui Tam» (en ligne) (consulté le 26 mars 2005). Internet : www.all-about-qui-tam.org/.

⁴¹ Éditorial, «Doctored Billing», dans *Vancouver Sun*, le 23 décembre 1996, p. A10.

n'est pas clair si le Régime d'assurance-santé de l'Ontario a récupéré cette somme⁴². Cependant, le D^r Artinian et sa mère ont envoyé un capital liquide s'élevant à 5,5 millions de dollars aux Bahamas. Il a été rapporté que les inculpations ont été suspendues pour cause de la prescription. Cela n'était pas la première fois que le D^r Artinian devait faire face à des inculpations de facturation excessive. Selon l'Ordre des médecins et chirurgiens [Traduction] «En présentant continuellement des factures malhonnêtes au Régime d'assurance-santé de l'Ontario et à la Commission des accidents du travail, le D^r Artinian a totalement violé la confiance qu'on avait placée en lui, laquelle est essentielle au fonctionnement de tout système de la santé subventionné entièrement par l'État⁴³. En 1997 et en 1998, divers journaux ont rapporté une autre affaire dans le cadre de laquelle une société américaine, la *National Medical Enterprises*, a escroqué au Régime d'assurance-santé de l'Ontario entre 25 millions de dollars et 80 millions de dollars, relativement à des patients ontariens qui ont été envoyés dans des hôpitaux psychiatriques des États-Unis pour des problèmes de consommation excessive d'alcool et de drogues, ainsi que des problèmes de boulimie⁴⁴.

Bien que, à la suite de ces incidents, les deux provinces aient apporté des modifications concernant le traitement accordé à la fraude dans le domaine de la santé, l'Ontario est la province qui a mis en place les mesures les plus strictes. En 1997, le ministre de la Santé de l'Ontario, Jim Wilson, a déclaré dans une conférence de presse que [Traduction] «le degré de tolérance de [son] gouvernement à l'égard de la fraude serait nulle. Chaque dollar d'assurance-maladie que l'on perd est un dollar volé à un patient dans le besoin»⁴⁵. Au cours de l'histoire, on a résolu ce problème de fraude en augmentant les cotisations ou en augmentant les fonds destinés aux services de santé, cependant cette solution semble arriver à sa fin. Selon Ericson et Doyle, qui étudient les assurances privées de biens et les assurances-dommages privées, le «problème de la fraude» dans le domaine des assurances

⁴² Le Comité d'étude de la médecine rapporte qu'au cours de l'exercice 1995-1996, il a recommandé un recouvrement de plus de 3 millions de dollars auprès d'un médecin, mais il n'est pas clair si cette recommandation portait sur le D^r Artinian ou si le montant a vraiment été recouvré; Comité d'étude de la médecine du College of Physicians and Surgeons of Ontario, *Annual Report*, le 1^{er} avril 2000 au 31 mars 2001, p. 13.

⁴³ Estanislaw Oziewicz, «Doctor Vanishes in Midst of Overbilling Case», dans *The Globe and Mail*, le 21 août 1996, p. A1, p. A6; Lisa Priest, «OHIP Paid MD Despite his History», dans le *Toronto Star*, le 2 août 1996, p. A4.

⁴⁴ Presse canadienne, «U.S. hospitals being sued», dans *The Windsor Star*, le 6 mai 1997, p. A10.

⁴⁵ Jane Armstrong, «Wilson to slash health fraud Province hopes to save millions in crackdown», dans le *Toronto Star*, le 24 septembre 1997, p. A3. Bien que cet article aborde surtout les bénéficiaires du Régime d'assurance-maladie de l'Ontario, il est également applicable aux fournisseurs de soins.

est devenu plus saillant auprès du public lorsque les compagnies d'assurances ont augmenté les cotisations afin de récupérer l'argent versé aux fraudeurs et que cela est devenue une préoccupation⁴⁶. Il est très possible que le déficit budgétaire ait été l'élément déclencheur qui a attiré l'attention des gouvernements souffrant de difficultés financières sur la fraude dans le domaine de la santé. Selon Jesilow, Pontell et Geiss, l'attention que l'on porte à la fraude dans le domaine de la santé pourrait être une tactique employée pour distraire le public d'un autre problème également important : l'insuffisance des fonds destinés aux services de santé, ce qui rend impossible, pour un grand nombre de personnes, d'obtenir des soins de santé aux États-Unis⁴⁷. Selon, le professeur Saul au Canada l'attention accordée à la fraude, laquelle provoque des sentiments de peur, est une tactique du gouvernement pour rendre la privatisation des services de santé plus acceptable aux yeux du public⁴⁸.

Récemment, à la suite de la mort prématurée du D^r Anthony Hsu (un pédiatre ontarien qui s'est suicidé après avoir reçu une ordonnance de rembourser 108 000 \$ au Régime d'assurance-santé de l'Ontario) et de l'attribution à l'honorable juge Peter Cory, ancien juge de la Cour suprême, de la mission d'examiner le système de vérification de la facturation des services médicaux en Ontario, cette question a attiré considérablement l'attention du public canadien. Cette fois-ci, cependant, il semble que le public ait fait preuve d'un peu de compassion envers les médecins de l'Ontario qui se plaignent, depuis un certain temps, du fait que l'approche du comité d'examen CEM à l'égard de la facturation excessive est trop agressive et injuste. Bien que le mandat de l'examen attribué au juge Cory énonce que [Traduction] «La présente initiative doit être entreprise de manière à ne pas interférer avec les devoirs et obligations du CEM, ni avec ceux du directeur général de l'assurance-santé de l'Ontario», le 24 juin 2004, l'Assemblée législative de l'Ontario a promulgué la *Loi de 2004 sur la révision provisoire des paiements d'honoraires de médecins*, L.O. 2004, ch. 13. Cette loi suspend toutes les procédures de vérification entamées par le CEM jusqu'à ce que le rapport

⁴⁶ Ericson et Doyle, «Criminalization in Private: The Case of Insurance Fraud», dans Commission du droit du Canada (éd.), *What is Crime? Defining Criminal Conduct in Contemporary Society*, Vancouver, UBC Press 2004, p. 106-107.

⁴⁷ Jesilow, Pontell et Geis, *Prescription for Profit*, p. 35-36.

⁴⁸ John Ralston Saul, «Health Care at the End of the Twentieth Century: Confusing Symptoms for Systems», dans Margaret A. Somerville (éd.), *Do We Care: Reviewing Canada's Commitment to Health*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 1999, p. 3-8.

du juge Cory soit publié⁴⁹.

III. Quelle est la portée de la fraude dans le domaine de la santé?

Les spéculations au sujet de la fraude dans le domaine de la santé proviennent, en grande partie, de l'étranger. Selon Jesilow, Pontell et Geis, les estimations concernant la fraude dans le domaine de la santé commise par les médecins aux États-Unis varient entre 10 p. 100 et 25 p. 100 du budget total, lequel s'élevait à 61 milliards de dollars en 1989. Ils fournissent des exemples extrêmes de fraude et d'infractions connexes, comme l'exemple du psychiatre qui a facturé Medicaid 4 800 heures en une année (presque 24 heures par jour) ou l'exemple des médecins qui ont facturé de services dispensés à des personnes décédées, ainsi que des opérations des yeux qui n'étaient pas nécessaires et qui ont eu pour résultat une aggravation de la vue. D'autres ont facturé Medicaid pour leurs liaisons sexuelles, pour des avortements de femmes qui n'étaient pas enceintes et même pour extraire 38 dents d'une personne, alors que l'être humain n'est doté que de 32 dents⁵⁰.

Selon Sparrow, la fraude dans le domaine de la santé aux États-Unis, se situait entre 10 p. 100 et 40 p. 100 du 1,3 milliard de dollars dépensés en frais de santé en 2000⁵¹. Il signale qu'il est très difficile d'évaluer l'efficacité des efforts entrepris pour diminuer la fraude dans le domaine de la santé. Une étude démontre qu'en 1997, en 1998, et en 1999, on a diminué les facturations frauduleuses de 14 p. 100, 11 p. 100 et 7,1 p. 100, respectivement. Cependant, les procédures de vérification se limitaient à comparer les factures présentées par les fournisseurs de services, avec des documents qu'on leur a plus tard demandés, mais elles ne comportaient pas de vérification auprès des patients. Il suffisait aux fournisseurs de services de mentir deux fois pour confirmer les services fictifs⁵². Le système, fondé sur la confiance, est fait sur mesure

⁴⁹ Le 24 mars 2005, le rapport n'était pas encore publié.

⁵⁰ Jesilow, Pontell, et Geis, *Prescription for Profit*, p. 12-13.

⁵¹ Sparrow, *Licence to Steal*, p. 71.

⁵² Sparrow, *Licence to Steal*, p. 90-93.

pour les voleurs : [Traduction] «Facturez correctement des mensonges et vous pouvez être certain que le système de paiement traitera correctement ces mensonges et vous les paiera»⁵³. Plus récemment, la Croix bleue et l'Association du Bouclier bleu ont estimé un total plus modeste, de 85 milliards de dollars notamment, correspondant à la fraude dans le domaine de la santé commise aux États-Unis en 2003, seulement 5 p. 100 du total de 1,7 milliard de dollars dépensé la même année en soins de santé»⁵⁴.

Au Canada, des journaux ont fait référence au rapport Inkster, effectué en 1997 pour le ministère de la Santé de l'Ontario, lequel déclare que la fraude, dans la Province d'Ontario, s'élève annuellement jusqu'à 60 millions de dollars⁵⁵. Toutefois, le rapport ne fait qu'indiquer, à titre d'exemple, que [Traduction] «l'analyse des fournisseurs de services de un code de facturation et d'examens médicaux intermédiaires indique que les sommes liées à l'abus de ce code pourraient s'élever à 60 millions de dollars par années»⁵⁶. Le gouvernement de l'Ontario estime que la fraude dans le domaine de la santé s'élève, par année, de 60 à 300 millions de dollars⁵⁷. Un estimé mentionne un chiffre de 650 millions de dollars par année⁵⁸, selon un autre, le montant de la fraude pourrait atteindre 1 milliard de dollars⁵⁹.

Selon Saul, il n'y a probablement pas plus de tricheurs parmi les médecins que parmi

⁵³ Sparrow, *Licence to Steal*, p. 39. La confiance sur laquelle le système est fondé est illustrée par un médecin de l'Ontario qui a décidé de mettre le système à l'épreuve : il a facturé une transplantation cardiaque et pulmonaire, effectuée dans la résidence du patient, avec une anesthésie locale. Il a été renversé de constater que le Régime a payé sa facture, Anonyme, «Prank billing by Ontario Doctor Proves OHIP easy to Defraud: No One Questioned bill for Transplant at Patient's Home», dans le *Ottawa Citizen*, le 24 janvier 1996, p. A2.

⁵⁴ Vanessa Maltin, «Fraud Plagues U.S. Health Care», dans *Knight-Ridder Tribune*, le 14 juillet 2004.

⁵⁵ Norman D. Inskster, *Fraud and Abuse in the Ontario's Health Care System: A Preliminary Review*, (Préparé par KPMG Investigation and Security Inc., le 10 septembre 1997, à la page 9. Obtenue auprès du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario le 5 mars 2004, au moyen d'une demande déposée en vertu de la *Loi sur l'accès à l'information*).

⁵⁶ Norman D. Inskster, *Fraud and Abuse in the Ontario's Health Care System: A Preliminary Review*, (Préparé par KPMG Investigation and Security Inc., le 10 septembre 1997, à la page 9. Obtenue auprès du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario le 5 mars 2004, au moyen d'une demande déposée en vertu de la *Loi sur l'accès à l'information*).

⁵⁷ Presse canadienne, «Doctors who falsely billed Ontario ordered to pay back \$16 million», dans *CP Wire*, le 23 janvier 2001.

⁵⁸ Matt Borsellino, «Controversy Clouds MRC Auditing Process», dans *Medical Post*, vol. 37, n° 27, le 7 août 2001, p. 50.

⁵⁹ Tom Blackwell, «Ontario to crack down on health fraud», dans *Kingston Whig*, le 24 septembre 1997, p. 12.

les patients ou les PDG, c.-à-d. entre 0,5 p. 100 et 5 p. 100⁶⁰. Cela veut dire qu'en Ontario, le nombre de médecins qui trichent peut varier entre 186 et 1860 et en Colombie-Britannique, entre 49 et 490.

Un moyen d'évaluer les mesures de surveillance ou la lutte contre la fraude (ou le manque de surveillance et de mesures d'exécution) consiste à examiner le nombre de médecins qui ont eu recours aux services de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM), [Traduction] «une organisation consacrée à la défense mutuelle des médecins qui exercent leur profession au Canada». Entre 1999 et 2003, seulement de 0,4 p. 100 à 0,7 p. 100 des 65 000 membres de l'ACPM ont fait appel à ses services dans le cadre de problèmes de facturation. De l'année 1999 jusqu'à 2003, l'Association a rapporté les chiffres de cas de facturation : 229, 275, 254, 452, et 279. Il semblerait que le total correspondant à 2002 de 452 problèmes de facturation soit attribué à l'augmentation des instances de fraude qui a eu lieu en Alberta et au Québec⁶¹.

IV. La surveillance du travail par la société

Eliot Freidson a élaboré les trois moyens idéaux par lesquels la société peut surveiller le travail des professionnels : 1) le professionnalisme (surveillance effectuée par les collègues professionnels); 2) le gestionnariat (surveillance effectuée par des bureaucrates); 3) le marché libre du travail (surveillance effectuée par le consumérisme et la commercialisation)⁶². Il estime que les ordres professionnels sont de moins en moins responsables de répression de la qualité des services et de la fraude y associée, lesquels sont de plus en plus entre les mains des bureaucrates. Il estime également qu'il y a de plus en plus de pression en faveur de la privatisation, augmentant ainsi le contrôle que détient le marché du travail. Saul nous rappelle que le gestionnariat est souvent associé à la bureaucratie gouvernementale [Traduction] «le secteur privé est également régi par la bureaucratie et souffre autant, sinon plus, des

⁶⁰ Saul, «Health Care», p. 6. Comme la plupart des auteurs, il estime qu'il n'y a pas de preuves suffisantes pour soutenir cette affirmation.

⁶¹ Association canadienne de protection médicale, *2004 Review of the Medical Audit Practice in Ontario: Canadian Medical Protective Association Submission to the Honourable Justice Peter Cory*, le 3 août 2004, p. 3.

⁶² Eliot Freidson, *Professionalism: The Third Logic*, Chicago, University of Chicago Press, 2001, p. 179.

conséquences négatives qui en découlent»⁶³. Freidson est d'avis qu'en pratique, il devrait y avoir une combinaison orientée politiquement des trois types de surveillance, cependant, il croit également que le gestionnariat et le consumérisme ont envahi la profession médicale⁶⁴. Il semble préférer l'idée que les collègues reprennent la surveillance des services médicaux par le moyen d'une autoréglementation perfectionnée et par la mise à exécution des codes déontologiques, de manière à gagner de nouveau la confiance du public à l'égard de ces professions⁶⁵.

L'une des caractéristiques déterminantes d'une profession est l'autoréglementation⁶⁶. Les ordres professionnels font valoir qu'ils sont dans une meilleure position pour surveiller le comportement de leurs collègues parce qu'ils ont l'expertise nécessaire pour le faire. Ils peuvent mieux attraper, comme dans un entonnoir les comportements immoraux et inadéquats qu'il est difficile pour le gouvernement de surveiller. Les critiques des OAR font valoir que ces derniers sont trop indulgents avec leurs membres et qu'ils ferment les yeux, en fait, sur les

⁶³ Saul, «Health Care», p. 15. Selon Freidson, le contrôle administratif peut avoir lieu dans les sphères publique et privée (p. 4). Selon Saul, plus un système semble devenir efficace, plus il est inefficace (p. 10). La croissance des effectifs administratifs au cours des 100 dernières années constitue la croissance [Traduction] «naturelle et nécessaire d'un parasite de plus en plus spécialisé, accroché à ceux qui font un vrai travail» (p. 11) et le corporatisme ou technocratie corporatiste en découlant a repoussé l'intérêt public en dehors du système, lequel est maintenant obsédé par l'intérêt personnel (p. 12-17). Germov suggère, d'une manière semblable, que les objectifs d'efficacité ne sont pas neutres, mais détournent plutôt l'attention des [Traduction] «questions d'équité, participation, droits minoritaires et justice sociale». Il suggère, plus loin, que [Traduction] «le gestionnariat, ainsi que le mercantilisme et le consumérisme connexes, pourraient s'attaquer à l'accès, à l'équité et à l'universalisme de l'assurance-maladie» John Germov, «Medi-Fraud, Managerialism and the Decline of Medical Autonomy: Deprofessionalization and Proletarianisation Reconsidered», dans *Australian and New Zealand Journal of Statistics*, vol. 31, n° 3, 1995, p. 51, p. 60-63. Le débat sur la privatisation et sur la compétition dépasse la portée de la présente étude. Dans l'article de Michael J. L. Kirby et Wilbert Keon, «Why Competition is Essential in the Delivery of Publicly Funded Health Care Services», dans *Policy Matters*, vol. 5, n° 8, septembre 2004 (Montréal, Institut de recherche en politique publiques). Voir également *Guidés par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada* Ottawa, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, novembre 2002, et Darren Puscas, *Waiting in the Wings! How for-profit Health Corporations are Planning to Cash in on the Privatization of Medicare in Canada*, Ottawa, Polaris Institute, septembre 2002.

⁶⁴ Cet avis est partagé avec David Garland, *The Culture of Control: Crime and Social Order in Contemporary Society*, Chicago, University of Chicago Press, 2001, p. 151, selon qui le pouvoir décisionnel a été transféré des praticiens aux comptables et gestionnaires. Il faut se souvenir, cependant, du fait que ce mouvement est moins instructif au Canada, où les professions sont dotées de pouvoirs d'autoréglementation beaucoup plus forts. Dans l'article de Barbara Beardwood, «The Loosening of Professional Boundaries and Restructuring: The Implications for Nursing and Medicine in Ontario, Canada», dans *Law and Policy Quarterly*, vol. 21, n° 3 1999, p. 315, vous trouverez une discussion sur la façon dont l'autonomie professionnelle des médecins et des infirmières s'est érodée en faveur de répression administratif.

⁶⁵ Freidson, *Professionalism*, p. 216.

⁶⁶ Le pouvoir d'autoréglementation est une des caractéristiques qu'on utilise pour définir une profession. Certains ne sont pas d'accord. Je développe ce point dans Joan Brockman, *Crimes and Misconduct in the Professions* (manuscrit en préparation).

professionnels déviants en refusant d'imposer des peines significatives ou même minimales, dans les cas d'inconduite professionnelle. Les OAR sont également accusés d'écarter, à la manière d'un entonnoir, ceux qui sont coupables d'inconduite professionnelle des recours judiciaires disponibles dans le système de justice pénale⁶⁷. De plus, il semble que les OAR imposent un traitement très dur à certains «boucs émissaires» de leur corps professionnel, ce qui a pour résultat un traitement injuste envers les professionnels plus marginaux⁶⁸.

Il existe d'autres systèmes qui surveillent le travail des professionnels : le système de justice pénale et le système de responsabilité délictuelle de la *common law*⁶⁹. Par exemple, les professionnels de la santé peuvent faire l'objet d'inculpations criminelles pour facturation frauduleuse et de poursuites au civil pour avoir effectué des opérations inutiles. Aux États-Unis, on a également recours au système de droit civil pour imposer des peines financières très sévères pour fraude dans le domaine de la santé, afin que les défendeurs ne puissent pas invoquer les protections accordées aux personnes inculpées de crimes dans le cadre du droit pénal⁷⁰. La multiplicité de ces systèmes soulève des questions de savoir quel est le meilleur moyen de surveiller les pratiques de facturation des professionnels de la santé et dans quelles circonstances chacun de ces systèmes est adéquat. Dans quelles circonstances est-ce plus adéquat d'employer plus d'un système? Y a-t-il une combinaison orientée politiquement qui devrait prévaloir⁷¹?

⁶⁷ L'analogie de l'entonnoir est employée dans : Joan Brockman et Colin McEwen, «Self-Regulation in the Legal Profession: Funnel In, Funnel Out or Funnel Away», dans *Revue canadienne de droit et société*, n° 5, 1990, p. 1 et dans Joan Brockman, «An Update on Self-Regulation in the Legal Profession (1989-2000): Funnel In and Funnel Out», dans *Revue canadienne de droit et société*, vol. 19, n° 1, 2004, p. 55.

⁶⁸ Ann Daniel, *Scapegoats for a Profession: Uncovering Procedural Injustice*, Australia, Harwood Academic Publishers, 1998.

⁶⁹ On peut faire valoir que le système de justice pénale fait partie du système de gestionnariat bureaucratique et que le système de droit civil fait partie du marché libre du travail. Par conséquent, aucun de ces systèmes ne dépasse les types idéaux de Freidson.

⁷⁰ Dans leur article, «The Empire Strikes Back», p. 247, Jost et Davies font des observations sur la loi fédérale américaine *False Claims Act* laquelle permet des dommages-intérêts et des pénalités de droit civil allant de 5 000 \$ à 10 000 \$ par année. Cela peut s'élever à des pénalités de plusieurs millions de dollars. Dans le système de droit civil du Canada de telles pénalités punitives et pénales seraient sûrement réputées inconstitutionnelles.

⁷¹ Certaines de ces questions concernant les procédures multiples sont discutées dans Caroline Murdoch et Joan Brockman, «Who's On First? Disciplinary Proceedings by Self-Regulating Professions and other Agencies for 'Criminal' Behaviour», dans *Saskatchewan Law Review*, vol. 64, n° 1, 2001, p. 29.

Dans le défi posé par Sutherland à la criminologie, figure une question également soulevée par la Commission du droit du Canada et par Henry et Lanier, dans la description de leur [Traduction] «prisme du crime» : il s'agit du rôle du principe d'égalité dans l'application du droit pénal. La différence d'application du droit pénal à l'égard des délinquants de la rue et à l'égard des cols blancs impliqués dans des crimes, a-t-elle pour conséquence une inégalité fondée sur la provenance socioéconomique? L'autoréglementation des professionnels et le recours à d'autres solutions administratives pour lutter contre le crime ne col blanc on-t-ils pour effet de permettre aux professionnels criminels d'être écartés de toute poursuite criminelle? Si les cols blancs impliqués dans des crimes sont traités avec plus d'indulgence, pourrions-nous appliquer cette indulgence aux délinquants de la rue pour les mettre sur un pied d'égalité? Est-il possible que les leçons que nous avons tirées de l'application du droit pénal aux cols blancs impliqués dans des crimes puissent nous servir pour diminuer l'applicabilité du droit pénal dans d'autres domaines? Je reviendrai à ces questions à la fin de mon document.

Part III. La surveillance et l'investigation des factures d'assurance-maladie en Colombie-Britannique

I. Méthode de rémunération des médecins en Colombie-Britannique

En 1965, on a institué le Régime d'assurance médicale de la Colombie-Britannique pour payer les services médicaux et de santé des résidents de la Colombie-Britannique⁷². La *Medical Services Commission (MSC)* (commission des services médicaux) est chargée de gérer les fonds du Plan, [Traduction] «pour le compte du gouvernement de la Colombie-Britannique,

⁷² Régime d'assurance médicale, «Legislation and Governance of the Medical Services Plan», (en ligne) (consulté le 12 septembre 2003). Internet : www.hlth.gov.bc.ca/msp/legislation/index.html.

conformément à la *Medicare Protection Act* (loi de protection de l'assurance-maladie)⁷³ et de ses règlements». La commission MSC est tripartite et comprend trois représentants du gouvernement, trois représentants de la *British Columbia Medical Association (BCMA)*⁷⁴ et trois représentants du public bénéficiaire des services du Plan. Tous ses membres sont nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil. Les membres représentants du public sont nommés par la BCMA et par le gouvernement⁷⁵. Bien que le nom des membres de la commission MSC ne soient pas affichés dans le site Web de la commission, il est possible de les trouver dans un site Web du gouvernement⁷⁶. À maints égards, la MSC est une entité politique dans laquelle la BCMA a des intérêts en jeu⁷⁷.

La grande majorité des médecins de la Colombie-Britannique (80 p. 100) travaillent à leur propre compte et sont rémunérés à l'acte⁷⁸. L'annexe des tarifs de la MSC est convenue par la MSC et la BCMA, conformément à l'article 26 de la *Medicare Protection Act*⁷⁹. Le comité des tarifs de la BCMA établit les honoraires correspondant aux services figurant sur la liste, après avoir tenu des consultations avec les représentants des spécialisations⁸⁰. Les services

⁷³ R.S.B.C. 1996, Ch. 286.

⁷⁴ Le mandat de la BCMA est de [Traduction] «promouvoir un climat social, économique et politique dans lequel les membres peuvent fournir, aux citoyens de la Colombie-Britannique, des soins de santé de première qualité, tout en obtenant une satisfaction professionnelle maximale et une rémunération juste pour leurs efforts», (en ligne) (consulté le 4 septembre 2004). Internet : www.bcma.org/public/about_bcma/.

⁷⁵ Régime d'assurance médicale, Medical Services Commission (MSC), (en ligne) consulté le 12 septembre 2003. Internet : www.hlth.gov.bc.ca/msp/legislation/msc.htm. (art. 3, *Medicare Protection Act*)

⁷⁶ Board Resourcing and Development Office, Medical Services Commission (en ligne), Internet : www.fin.gov.bc.ca/abc/Boardpages/msc.html. À partir du 14 janvier 2004, la MSC fournit un lien au *Board Resourcing and Development Office*.

⁷⁷ Cela est illustré par les commentaires du président du comité des affaires publiques de la BCMA au sujet du D^r Henderson, médecin et fonctionnaire de carrière, qui a été congédié en 1993 en tant que président du MSC (qu'il présidait depuis 1988) pour être remplacé par Gillian Wallace, avocate et fonctionnaire de carrière. Le président de la BCMA a décrit ce fait comme [Traduction] «peut-être la question d'actualité la plus contestée en matière de santé.» R. N. Young, médecin, président du comité des affaires publiques, «Health Issues in the Fall Session», dans *BC Medical Journal*, vol. 35, n^o 1, 1993, p. 16.

⁷⁸ BC Medical Association, Policy Backgrounder, «How Physicians in BC are Compensated» (février 2002) (en ligne) (consulté le 12 septembre 2003). Internet : www.bcma.org/public/news_publications/publications/policy_backgrounders/physicianscompensated.asp.

⁷⁹ Les ententes se trouvent dans Medical Services Commission, «Agreements with the British Columbia Medical Association (BCMA)» (en ligne) (consulté le 12 septembre 2003). Internet : www.healthservices.gov.bc.ca/msp/legislation/mscagree.html.

⁸⁰ The British Columbia Medical Association, *Annual Report 2001-2002*, p. 2; on y retrouve la liste de 11 spécialisations comme la dermatologie, la médecine de laboratoire, la chirurgie plastique, entre autres.

qui ne figurent pas sur la liste ne peuvent pas être facturés sous d'autres noms⁸¹. L'article 1 de la *Medicare Protection Act* définit [Traduction] (prestations) «*benefits*» comme des [Traduction] «services médicaux nécessaires dispensés par un médecin» ou [Traduction] des «services nécessaires prescrits en tant que prestations», à moins que la MSC ne détermine qu'il ne s'agit pas de prestations. Le Régime de la Colombie-Britannique est doté d'un certain nombre d'annexes, de directives, de protocoles, de bulletins et même d'un programme électronique au sujet du Régime (tuteur électronique pour vérifier ses connaissances en matière de facturation) pour assister les médecins à préparer leurs factures dans le cadre du Régime⁸².

Au cours de l'exercice 2002-2003, la Colombie-Britannique a dépensé 10,4 milliards de dollars en soins de la santé (42 p. 100 de son budget); 70 p. 100 du budget des soins de la santé (7,3 milliards de dollars) étaient destinés aux infirmières, médecins et employés (2,4 milliards de dollars pour les médecins). Le taux moyen de la facturation annuelle des 8 000 médecins de la province était de 301 816 \$⁸³.

II. Désaccords entre les médecins et le Régime d'assurance médicale de la Colombie-Britannique

Les médecins qui ne sont pas d'accord sur la rémunération versée par le personnel du Régime pour un service qu'ils ont facturé, peuvent présenter la réclamation de nouveau pour qu'elle soit réévaluée. S'ils ne sont toujours pas d'accord, ils peuvent communiquer avec la *Claims Billing Support Unit* du Régime et le personnel du Régime consacré au contentieux s'occupera de la réclamation⁸⁴.

⁸¹ (en ligne) (consulté le 12 septembre 2003). Internet : www.bcma.org/public/news_publications/publications/fee_guide.htm.

⁸² Régime d'assurance médicale, «MSP for Medical and Health Care Practitioners» (en ligne) (consulté le 13 septembre 2003). Internet : www.hlth.gov.bc.ca/msp/infoprac/index.html et «Billing Procedures for Physicians» (en ligne) (consulté le 13 septembre 2003). Internet : www.hlth.gov.bc.ca/msp/infoprac/physbilling/index.html.

⁸³ Information Brochure on BC Health Care, (en ligne) (consulté le 11 janvier 2004). Internet : www.healthservices.gov.bc.ca/bchealthcare/video.html.

⁸⁴ «Disagree with How MSP has Paid Your Claim?», dans *Physicians Newsletter*, vol. 24, n° 2, 2000, p. 3.

Les désaccords plus graves entre des médecins et le Régime au sujet de l'évaluation des honoraires de procédures complexes ou innovatrices, peuvent être résolus par le *Reference Committee* qui est composé uniquement de représentants de la BCMA⁸⁵. Ces examens se fondent sur des dépositions écrites présentées par les parties, lesquelles contiennent, par exemple, des rapports pathologiques, de consultation et de la correspondance. Le comité fait des recommandations aux députés; celles-ci ne sont pas, toutefois, toujours adoptées⁸⁶. Les rapports annuels des exercices 1996-1997 à 2001-2002 indiquent que le travail du comité a diminué au cours des années (de 90 instances au cours de l'exercice 1996-1997 à 34 au cours de l'exercice 2001-2002) et que de plus en plus de différends renvoyés au comité sont résolus avant la date d'examen. On attribue la diminution du contentieux aux modifications apportées au *Guide to Fees* (guide des tarifs)⁸⁷.

⁸⁵ Régime d'assurance médicale, «Committees under the Medical Services Commission (MSC)» (en ligne) (consulté le 13 septembre 2003). Internet : www.healthservices.gov.bc.ca/msp/legislation/msccomm.html.

⁸⁶ En 1996-1997, le Régime de la Colombie-Britannique n'a versé que deux tiers des frais recommandés par le comité dans ces dossiers; British Columbia Medical Association, *Annual Report 1996-1997*, p. 49.

⁸⁷ British Columbia Medical Association, *Annual Report 1997-1998*, p. 50.

III. Mesures employées en Colombie-Britannique pour surveiller la facturation des médecins

En vertu de l'alinéa 51)r) de la *Medicare Protection Act*, la Commission effectue des inspections et des vérifications par l'intermédiaire de comités conformes au règlement. En Colombie-Britannique, les médecins jouent un rôle essentiel dans l'établissement des tarifs pour leurs services, mais s'assurent également que tous les médecins respectent les règles⁸⁸. Bien que la Commission dispose du pouvoir d'effectuer des inspections et des vérifications concernant les factures présentées par les médecins et leurs pratiques de facturation (paragraphe 36), le paragraphe 363) prévoit que [Traduction] «les dossiers médicaux ne peuvent être demandés ou inspectés ... que par un inspecteur qui soit également un médecin». Les inspecteurs peuvent inspecter tout local qui ne soit pas résidentiel⁸⁹ afin d'y effectuer une vérification et toute personne s'y trouvant doit, sur demande, [Traduction] «produire et permettre l'inspection» de tous les dossiers, ainsi que [Traduction] «répondre à toutes les questions de l'inspecteur au sujet des dossiers.» Cela constitue une infraction à l'encontre du paragraphe 464), de faire obstruction au travail d'un inspecteur qui agit dans le cadre des fonctions lui ayant été attribuées conformément à la loi. L'inspecteur doit rapporter les résultats de la vérification au président de la Commission, conformément au paragraphe 36(11). Bien que la Commission soit dotée de personnel médical, elle engage également des médecins sur contrat pour l'aider dans le cadre des inspections.

La Commission est tenue d'informer le corps professionnel pertinent de tout ordonnance de remboursement qu'elle émet (par. 374). Les paragraphes 5(5) et 5(6) permettent à la Commission de partager des renseignements avec d'autres organismes publics pour être en mesure d'administrer la Loi. En vertu du règlement de la Colombie-Britannique 182/97 (y compris les modifications apportées au règlement de la Colombie-Britannique 223/2002) la

⁸⁸ Le rôle des médecins dans la surveillance de la facturation a diminué. Par exemple, autrefois (avant 1993) le président de la *Medical Services Commission* devait être médecin. Maintenant, le par. 34) de la Loi prévoit que le président doit être un des représentants du gouvernement.

⁸⁹ En vertu du par. 37(6), ils peuvent entrer dans une résidence sans autorisation ni mandat de la part d'un juge, en vertu du par. 37(7).

Commission peut convenir d'arrangements de partage de renseignements avec un grand nombre d'organismes consacrés à l'aide au revenu, aux assurances, aux accidents de travail et aux impôts sur le revenu.

La Commission reçoit, dans son travail, le soutien de son propre *Billing Integrity Program (BIP)* (programme de facturation avec intégrité), ainsi que du *Patterns of Practice Committee (POPC)* (comité des profils de spécialisation) et du *Audit and Inspection Committee (AIC)* (comité de vérification et d'inspection)⁹⁰.

A. Le *Billing Integrity Program (BIP)* (programme de facturation avec intégrité) du Régime d'assurance médicale

En 1997, le Régime d'assurance médicale de la Colombie-Britannique, a institué le BIP. À certains égards, le BIP a usurpé les fonctions du comité POPC (*Patterns of Practice Committee*, le comité des profils de spécialisation) et a fourni au Régime un moyen d'effectuer des vérifications sans solliciter l'approbation du POPC⁹¹. Le BIP offre à la Commission des services de vérification, pour que celle-ci soit en mesure de [Traduction] «surveiller les dépenses en matière de soins médicaux et de la santé, pour le compte des bénéficiaires du Régime». Avec la coopération des OAR, le [Traduction] «BIP surveille et fait enquête sur les profils de facturation de chaque domaine de spécialisation des professionnels de la santé, afin de détecter les factures inadéquates ou inexactes présentées au Régime et de dissuader les professionnels de présenter de telles factures.» Ses effectifs comprennent des [Traduction] «consultants médicaux, des analystes de recherche et une équipe de vérificateurs qui travaillent en proche collaboration avec le procureur général, la *Insurance Corporation of British Columbia (ICBC)* (société d'assurances de la Colombie-Britannique) et la Gendarmerie royale du Canada

⁹⁰ Voici d'autres comités : Advisory Committee on Diagnostic Facilities, Guidelines and Protocols Advisory Committee, Reference Committee et Joint Utilization Committee, lesquels jouent un rôle moins important dans la surveillance de la facturation. Régime d'assurance médicale, «Committees under the Medical Services Commission (MSC)» (en ligne) (consulté le 13 septembre 2003). Internet : www.healthservices.gov.bc.ca/msp/legislation/msccomm.html.

⁹¹ British Columbia Medical Association, *Annual Report 1997-1998*, p. 47 et British Columbia Medical Association, *Annual Report 1999-2000*, p. 57.

(GRC)»⁹².

Le BIP emploie deux méthodes pour surveiller la facturation d'honoraires à l'acte. Chaque année, on envoie plus de 75 000 questionnaires à des patients, pour leur demander s'ils ont effectivement reçu les services facturés au Régime (vérification des services). On dégage également un profil annuel pour chaque professionnel (profilage des professionnels) et on le compare aux profils du groupe de professionnels [Traduction] «en fonction de la spécialisation sous laquelle ils sont inscrits, à la moyenne du groupe (écarts normaux, médianes). Puis, le montant facturé par chaque professionnel appartenant à un groupe est comparé à la moyenne du groupe»⁹³. «Normalement», les enquêteurs cherchent des instances de [Traduction] «services excédentaires, c.-à-d. de prestation de services excédentaires, qui n'étaient pas cliniquement nécessaires; de facturation inexacte, c.-à-d. de substitution de services par d'autres services plus chers qui n'ont pas été rendus véritablement»⁹⁴. Une fois que le BIP se focalise sur un médecin particulier, il peut effectuer des vérifications des services plus approfondies et appliquer d'autres outils statistiques de profilage»⁹⁵. Le BIP recueille également les plaintes provenant du public et d'autres professionnels, ainsi que d'autres corps professionnels.

La commission MSC peut alors ordonner au médecin de rembourser le montant au Régime si, après lui avoir donné l'occasion de se prononcer, la commission détermine que le montant n'aurait pas dû lui être versé pour l'une des raisons suivantes :

- a) il existe un écart considérable, impossible de justifier, entre le montant facturé par le médecin en question et les montants facturés par les médecins appartenant à la même spécialisation ou à la même catégorie;

⁹² Régime d'assurance médicale, «Billing Integrity Program» (en ligne) (consulté le 26 août 2003). Internet : www.healthservices.gov.bc.ca/msp/infoprac/bip.html.

⁹³ Régime d'assurance médicale, «Billing Integrity Program».

⁹⁴ Régime d'assurance médicale, «Billing Integrity Program».

⁹⁵ Association canadienne de protection médicale. *2004 Review of the Medical Audit Practice in Ontario: Canadian Medical Protective Association Submission to the Honourable Justice Peter Cory* (3 août 2004), TabB2 et «British Columbia», p. 2-3.

b) il a réclamé paiement pour un service qui n'a pas été rendu;

c) il a représenté faussement le caractère ou l'ampleur des services rendus (*Medicare Protection Act*, par. 371)).

La MSC peut instituer des recours exigeant le remboursement de paiements effectués à la suite d' «erreurs», d'écarts injustifiables avec les montants normalement réclamés dans la spécialisation ou catégorie; de fausse représentation du caractère du service; de services n'ayant pas été rendus; de services qui ne constituent pas des bénéfices couverts par le Régime ⁹⁶.

B. Le *Patterns of Practice Committee (POPC)* (comité des profils de spécialisation)

À partir des années 70, jusqu'en 1998, les médecins jouissaient du privilège d'être examinés par leurs pairs, notamment par le Comité des profils de spécialisation, un comité conjoint de la *British Columbia Medical Association (BCMA)* et du Régime d'assurance médicale de la Colombie-Britannique. En 1998, lorsque le Régime institue le BIP (Programme de facturation avec intégrité), la composition et le mandat du Comité des profils de spécialisation ont été modifiés⁹⁷ : on a exclu du comité tous les membres qui n'étaient pas des médecins et, actuellement, les activités du comité se concentrent principalement sur [Traduction] «l'éducation des membres afin de les encourager à facturer des montants acceptables, en fonction de leur spécialisation et de leur catégorie et conformément aux exigences des annexes de paiement et des directives concernant les honoraires⁹⁸.» Afin de réaliser cet objectif, le comité des profils de spécialisation communique avec [Traduction] «les médecins dont la facturation dépasse les normes statistiques, pour les exhorter à réviser le préambule des directives concernant les

⁹⁶ Association canadienne de protection médicale, *2004 Review of the Medical Audit Practice in Ontario: Canadian Medical Protective Association Submission to the Honourable Justice Peter Cory* (3 août 2004), TabB2 et «British Columbia», p. 4.

⁹⁷ Cela a diminué encore plus le rôle des médecins dans la surveillance de la facturation de leurs collègues. Ce changement peut être attribué au transfert du système de surveillance qui relevait des professionnels, vers le système de surveillance bureaucratique du gouvernement, bien que le plan de facturation avec intégrité BIP engage des médecins pour instruire les enquêtes.

⁹⁸ British Columbia Medical Association, *Annual Report 1998-1999*, p. 50.

honoraires, à s'assurer que les services médicaux qu'ils ont dispensés étaient réellement nécessaires et que les services facturés ont répondu aux critères énoncés dans les directives concernant les honoraires. Le comité des profils de spécialisation leur explique également qu'ils doivent joindre à leur tableau la documentation adéquate pour être en mesure de justifier leurs factures»⁹⁹. Le comité envoie à chaque médecin de la Colombie-Britannique, des «mini-profil» pour qu'ils puissent comparer leurs factures à celles d'autres médecins qui se trouvent dans des situations semblables. On informe les médecins que les montants de facturation qui dépassent les normes statistiques peuvent faire l'objet de vérifications de la part du BIP du Plan des services médicaux, en vertu de l'autorité législative de la *Medicare Protection Act*¹⁰⁰. Le comité dispense également des conseils au Régime au sujet des factures irrégulières et surveille attentivement les processus mis en place par le Régime pour détecter ces factures irrégulières et pour dissuader les médecins d'en présenter¹⁰¹.

C. Le *Audit and Inspection Committee* (comité de vérification et d'inspection)

Lorsque le *Audit and Inspection Committee* (comité de vérification et d'inspection) est «convaincu du bien fondé de sa position»¹⁰², il autorise le BIP à effectuer des vérifications.

Le *Audit and Inspection Committee* (comité de vérification et d'inspection) est composé de représentants de la *British Columbia Medical Association (BCMA)*, du *College of Physicians and Surgeons of B.C.*, du public et du MSP. Ce comité est chargé d'approuver des vérifications concernant les services rendus par les médecins et les factures qu'ils présentent, ainsi que d'examiner tous les rapports de vérification et de faire des recommandations au Plan sur la question de savoir si l'on doit tenter des recours pour recouvrer des fonds¹⁰³.

⁹⁹ British Columbia Medical Association, *Annual Report 1999-2000*, p. 57.

¹⁰⁰ British Columbia Medical Association, *Annual Report 2001-2002*, p. 50; British Columbia Medical Association, *Annual Report 2000-2001*, p. 52. La formation fournie par le comité des profils de spécialisation pourrait aider les médecins délinquants à éviter de se faire prendre par le BIP.

¹⁰¹ Régime d'assurance médicale, «Committees under the Medical Services Commission (MSC)» (en ligne) (consulté le 13 septembre 2003). Internet : www.healthservices.gov.bc.ca/msp/legislation/msccomm.html.

¹⁰² Auteur anonyme, «I'm Worried I might Get Audited», dans *Protocols & Guidelines—Update*, vol. 2, n° 1, 1998, p. 5.

¹⁰³ Régime d'assurance médicale, «Committees under the Medical Services Commission (MSC)» (en ligne) (consulté le 13 septembre 2003). Internet : www.healthservices.gov.bc.ca/msp/legislation/msccomm.html.

Si le BIP découvre un «écart injustifié», alors il peut effectuer une enquête sur place. Ces enquêtes sont instruites par des comptables qui examinent les pratiques d'affaires du médecin, ainsi que par un collègue médecin qui examine les tableaux des patients. Au cours de la vérification, on cherche à s'enquérir sur la question de savoir si chaque service réclamé a [Traduction] «effectivement été rendu; s'il s'agit d'un bénéfice couvert par le MSP; s'il a été facturé correctement; s'il était nécessaire médicalement; s'il est documenté adéquatement; s'il a été rendu par le médecin qui l'a facturé et s'il a été rendu sans soulever de problèmes en matière de qualité des soins»¹⁰⁴.

Il existe une procédure de règlement extrajudiciaire des différends à laquelle les médecins peuvent avoir recours pour négocier, avec ou sans médiateur, un règlement avec le BIP du MSP. Selon le site Web du MSP, [Traduction] «il est possible d'avoir recours à une procédure à l'amiable, plutôt qu'accusatoire, pour régler adéquatement les différends, tout en évitant les difficultés financières, psychologiques et de procédure»¹⁰⁵.

Lorsqu'il n'est pas possible de conclure un règlement, alors le BIP présente le rapport de vérification à la MSC. Alors [Traduction] «si l'on dispose de motifs suffisants pour considérer la possibilité de recouvrer des honoraires payés inadéquatement, on accorde au médecin l'occasion de se présenter à une audience devant le *Audit Hearing Panel*, le comité des audiences de vérification avant de lui ordonner de rembourser le montant»¹⁰⁶.

Le *Audit Hearing Panel*, le comité des audiences de vérification, comprend des représentants du gouvernement, de la profession et du public. Il s'agit d'un organisme quasi-judiciaire qui dispose de l'autorité de rendre des ordonnances de remboursement. Les ordonnances de remboursement sont déposées devant la Cour suprême de la Colombie-Britannique. L'audience devant ce comité accorde aux médecins un processus équitable, conforme aux règles de la justice naturelle¹⁰⁷.

¹⁰⁴ Régime d'assurance médicale, «Billing Integrity Program».

¹⁰⁵ Régime d'assurance médicale, «Billing Integrity Program». Voir également le *MSP Bulletin* du 7 janvier 2000, p. 2.

¹⁰⁶ Régime d'assurance médicale, «Billing Integrity Program».

¹⁰⁷ Régime d'assurance médicale, «Billing Integrity Program».

Bien qu'il y ait peu d'information sur les activités du BIP, on sait qu'au cours de l'exercice 2001-2002, il y avait 140 dossiers actifs¹⁰⁸. Le bulletin du Plan, intitulé *Physician's Newsletter*, contient la mise à jour des comptes du *Audit and Inspection Committee (AIC)* (comité de vérification et d'inspection) et présente un bilan sommaire actualisé des montants recouverts auprès des médecins. En 1998, le *Audit and Inspection Committee* a déclaré que, depuis sa première réunion en 1994, il a été saisi de 58 renvois et a effectué 41 vérifications. Cinq des dossiers vérifiés contenaient des chiffres exacts. Les autres dossiers ont été renvoyés à la MSC pour mesures ultérieures. La plupart des renvois au AIC révèlent [Traduction] «des problèmes découlant d'une facturation excessivement fréquente des divers services, si l'on compare statistiquement les chiffres à la fréquence de facturation de leurs collègues, ainsi que des problèmes résultant des vérifications effectuées auprès des patients en ce qui concerne l'exactitude des factures présentées par les médecins»¹⁰⁹. En 1997, un journal a publié que [Traduction] «depuis 1994, la Commission a déterminé que 40 médecins avaient facturé excessivement à la Commission un montant de 5 millions de dollars»¹¹⁰. Cela représente une moyenne approximative de 13 médecins par année, qui ont escroqué en moyenne une somme de 125 000 \$ au cours d'une période de trois années.

À partir de 1998, le MSP publie des résumés sommaires des instances dans le bulletin *Physicians' Newsletter*. Entre les publications de l'hiver 1998 et de l'hiver 2003, le *Audit Committee* (comité de vérification) a rendu 59 ordonnances à l'encontre de médecins (une moyenne de 12 médecins par année) les obligeant à rembourser 4 078 112 \$ (une moyenne de 69 120 \$ par médecin) au Régime. Seulement cinq ordonnances portent sur des montants inférieurs à 10 000 \$ et 12 ordonnances portent sur des montants supérieurs à 100 000 \$¹¹¹. Tous les médecins, sauf 11 d'entre eux, étaient omnipraticiens et parmi les 59 médecins,

¹⁰⁸ British Columbia Medical Association, *Annual Report 2001-2002*, p. 50.

¹⁰⁹ «Audit and Inspection Committee Activities», dans *Physician's Newsletter*, Hiver 1998, p. 6.

¹¹⁰ Wendy McLellan, «Doctor Overbills Plan by \$500,000», dans *Province*, le 10 juin 1997, p. A2.

¹¹¹ À partir du 3 juillet 2002, la MSC devait ajouter 5 p. 100 pour frais supplémentaires et intérêts, à partir du dernier jour de la période de vérification, à tout remboursement ordonné aux praticiens de la santé ou à tout montant qu'elle a négocié pour qu'il soit remboursé en vertu d'une ordonnance de consentement. par. 37(1.1) de la *Medicare Protection Act*, et art. 48 du *Medical and Health Care Services Regulations*, B.C. Reg. 426/97. Ces montants sont ajoutés aux chiffres.

seulement cinq d'entre eux sont nommés dans le bulletin¹¹². Quoiqu'il soit parfois difficile de déchiffrer les questions soulevées dans chaque instance en lisant ces sommaires plutôt obscurs, il semble que les problèmes les plus fréquents aient été : les services inutiles (29), la substitution d'un service par un service plus coûteux (28), la présence d'un écart considérable avec les directives en fonction du profil de spécialisation (26) et les dossiers incomplets (25). Dans cinq des affaires, on a déterminé que les médecins avaient facturé des services qui n'avaient pas été rendus. Le Régime se sert également du bulletin pour indiquer aux médecins quelles sont les erreurs de facturation auxquelles il doit faire face, ainsi que la manière dont les médecins peuvent s'assurer que leurs factures sont en règle.

¹¹² Analyse des données qui figurent dans *Physician's Newsletter*. Certaines d'entre elles proviennent du BIP; les plus récentes sont affichées à l'adresse électronique suivante : www.healthservices.gov.bc.ca/msp/infoprac/physnews/index.html, consulté le 11 janvier 2004.

D. Le *Medical and Health Care Services Appeal Board (MHCSAB)* (tribunal d'appel de l'assurance médicale et des soins de santé)

Le 31 janvier 2004, on abolit le tribunal d'appel *Medical and Health Care Services Appeal Board (MHCSAB)* (tribunal d'appel de l'assurance médicale et des soins de santé) qui avait été institué vers le milieu des années 90¹¹³. Jusqu'à la date de son abolition, il semble qu'il ait été possible d'interjeter appel de toute détermination de la MSC auprès de ce tribunal, en vertu du *Medicare Protection Act*. Le tribunal d'appel MHCSAB était présidé par un membre du barreau de la Colombie-Britannique, lequel siégeait avec au moins deux autres membres. Il entendait les appels interjetés par [Traduction] «des médecins, des établissements de diagnostic et des bénéficiaires du Régime d'assurance médicale à l'encontre de déterminations prises par la *Medical Services Commission (MSC)*¹¹⁴».

IV. Les poursuites au pénal

Selon un numéro du bulletin du MSP, [Traduction] «lorsqu'on soupçonne la présence de conduite criminelle, le dossier est renvoyé à la Gendarmerie royale du Canada (GRC)¹¹⁵. Cependant, le MSP essaye d'éviter de qualifier les comportements en matière de facturation de frauduleux. La GRC préfère conclure un règlement avec le médecin sur le montant de remboursement¹¹⁶. En 1999, une communication ministérielle officielle déclarait qu'il n'y avait qu'entre 15 et 20 médecins reconnus coupables de facturation inexacte par année. [Traduction]

¹¹³ S.B.C. 2003-96-47, en vigueur à partir du 31 janvier 2004 (B.C. Reg. 28/2004).

¹¹⁴ Dans Internet : www.fin.gov.bc.ca/abc/Boardpages/mhcsappeal.html consulté le 12 septembre 2003, mais actuellement supprimé. Il est peu probable que la commission ait été chargée de ce type d'appels. Un sommaire de ses fonctions daté du 5 février 2002 énonce ceci : «elle entend les appels des non-résidents qu'on refuse de couvrir» et que le conseil était «efficace pour traiter les appels en temps opportun». La commission a été saisie de 30 appels depuis 1996, dont 11 ont été abandonnés. En 2002, elle était encore saisie de 20 d'entre eux. British Columbia, Core Services Review (Phase 1), *Restructuring Administrative Justice Agencies*, le 5 février 2002, p. 45.

¹¹⁵ *MSP Bulletin* le 7 janvier 2000, p. 2, (en ligne) (consulté le 25 mars 2005). Internet : http://www.rcmp_grc.gc.ca/bc/about_ediv/index_e.htm. La GRC dispose de 126 détachements et de 5 000 agents de police qui dispensent des services de police provinciaux, fédéraux et municipaux dans toutes les municipalités de la Colombie-Britannique, sauf 12 d'entre elles.

¹¹⁶ Matt Borsellino, «Controversy Clouds CEM Auditing Process», dans *Medical Post*, vol. 37, n° 27, 2001, p. 50-51.

«Il s'agit d'un chiffre plutôt modeste, mais il y a probablement eu un peu de trucage et de modifications, comme dans toute profession, alors que la facturation frauduleuse est effectivement très rare.»¹¹⁷ Certaines personnes que nous avons interviewées conviennent qu'il y a lieu de rembourrage et que cela est inacceptable. Cela est un problème très sérieux [Traduction] «mais la plupart des médecins ne sont pas des fraudeurs.» Une personne a expliqué, au cours de son entrevue, que certains médecins [Traduction] «éprouvent des sentiments antagonistes à l'égard du gouvernement. Ils estiment qu'ils méritent de facturer plus que ce qui est permis. Il s'agit d'un problème relationnel : leur perception, à petite échelle, est qu'ils ont tellement travaillé, qu'ils méritent davantage. Un petit pourcentage de médecins émettent des factures frauduleuses. D'autres justifient leur facturation en invoquant les zones grises – ils le font rarement intentionnellement. Pour rester justes envers les médecins, certains d'entre eux pensent que ce qu'ils font est correct¹¹⁸. Certains médecins optimisent leur revenu en facturant de manière agressive ou en tirant profit de la gestion des «règles de l'art». [Traduction] «D'autres sont de piètres gestionnaires et ne facturent pas beaucoup les services qu'ils rendent.»

¹¹⁷ Pamela Fayerman, «Ministry To Caution Doctors About Double-Billing Fraud», dans *Vancouver Sun*, le 15 septembre 1999, p. B8.

¹¹⁸ De telles croyances, bien sûr, ne nient pas l'existence de fraude. Comme l'a dit l'honorable juge McLachlin dans *R.c. Théroux*, [1993] 2 R.C.S. 5 au par. 22 «Tout comme un meurtrier pathologique ne serait pas acquitté pour le seul motif qu'il ne considérerait pas que son acte était moralement répréhensible, le fraudeur ne sera pas acquitté pour le motif qu'il croyait que ce qu'il faisait était honnête.»

V. La discipline exercée par le *College of Physicians and Surgeons* de la Colombie-Britannique

Le *College of Physicians and Surgeons* de la Colombie-Britannique (l'Ordre des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique) est l'organisme d'autoréglementation des médecins de la Colombie-Britannique. Il a été institué en vertu de la *Medical Practitioners Act* (loi sur les médecins) et de la *Health Professions Act* (loi sur les professions consacrées à la santé). Cet ordre est régi par un conseil formé de 10 médecins élus par les districts électoraux des médecins et par cinq membres du public nommés par le gouvernement (art. 6, art. 8 de la *Medical Practitioners Act*). Le conseil peut déléguer des affaires à un comité exécutif, composé de quatre médecins et de deux membres du public (art. 27) au sein duquel trois membres constituent un quorum (art. 29).

Le conseil, aux termes de la Loi, comprend un comité nommé par le conseil [Traduction] «chargé de faire enquête sur les plaintes». Soit le conseil ou le comité exécutif peuvent ouvrir une enquête sur le comportement d'un membre et nommer un comité d'enquête composé d'au moins trois membres ou anciens membres du conseil, dont au moins l'un d'entre eux doit être membre du public (art. 53). Le site Web déclare que l'enquête [Traduction] «doit être instruite devant un comité formé de quatre personnes, comportant deux médecins, un représentant du public et un avocat d'expérience». Ce comité d'enquête constitue le tribunal chargé de l'audience.

Le conseil peut également nommer des inspecteurs responsables de [Traduction] «l'investigation, l'enquête, l'inspection, l'observation ou l'examen» des dossiers et des pratiques pouvant servir à l'instruction de l'enquête (art. 54, art. 55). Si le comité d'enquête reconnaît le membre coupable de conduite infâme ou de manque de professionnalisme (ou d'autres types d'inconduite), il doit rendre compte de sa détermination au conseil, lequel peut imposer une peine pouvant varier entre une période de probation, une réprimande ou une suspension, et effacer même le nom du médecin du registre (par. 603)). Le conseil peut ordonner au membre de payer les dépens (art. 61). Il est également doté du pouvoir supplémentaire d'effacer le nom d'un médecin ayant été condamné pour avoir commis un acte criminel en Colombie-Britannique

ou ailleurs (par. 501)).

Lorsqu'un membre pense qu'un autre membre [Traduction] «souffre d'une maladie physique ou mentale, d'un problème émotionnel ou d'alcoolisme ou de toxicomanie qui pourrait constituer un danger pour le public ou être contraire à l'intérêt public» ou qu'il s'adonne à l'inconduite sexuelle (art. 63, art. 65), il a l'obligation d'en informer le College. La Loi n'impose pas d'obligation de rapporter la fraude dans le domaine de la santé.

À la suite de modifications apportées à la *Health Professions Act*, à partir du 12 décembre 2003, le ministre a été doté du pouvoir, aux frais du College, de nommer une personne chargée de faire enquête sur tout aspect de l'administration du College que le ministre «considère nécessaire à l'intérêt du public» (art. 18.1). À la fin de l'enquête, le lieutenant-gouverneur en conseil peut rendre une directive au College (art. 18.2).

Entre 1990 et 1997, le College a réglé de façon sommaire sept affaires de facturation inexacte et sept affaires supplémentaires de facturation inexacte et d'insuffisance des registres. Par la suite, le College n'a rapporté aucun cas de facturation inexacte. Cependant, en 2002, il a rapporté une affaire de fraude financière (réglée de façon sommaire) et deux affaires de fraude financière (dans le cadre desquelles on a déposé des inculpations en vertu de la *Medical Practitioners Act*). En 2003, le College a rapporté deux affaires «financières» et une affaire de tenue de dossiers, lesquelles ont, toutes trois, été réglées à l'amiable. En 2004, il a rapporté une affaire d'insuffisance des registres réglée à l'amiable¹¹⁹.

En pratique, lorsque le BIP fait enquête sur un professionnel de la santé pour des raisons de facturation inexacte, il fait parvenir un rapport aux ordres professionnels (DAR). Le plus souvent, les ordres professionnels ne prennent pas de mesures à la suite de ces rapports, à moins qu'il n'y ait lieu d'inculpations criminelles. Les personnes interviewées ont laissé entendre que ces rapports ne fournissent pas des preuves suffisantes pour entamer des procédures à l'encontre du professionnel.

¹¹⁹ Ces chiffres proviennent des rapports annuels du College. Les rapports de 1994 jusqu'à 2004 figurent dans son site Web : www.cpsbc.ca/cps/physician_resources/publications/annual_reports; consulté le 31 décembre 2004.

Si l'affaire comporte à la fois des questions de norme de diligence et de facturation, le *College of Physicians and Surgeons* s'occupe des questions touchant à la norme de diligence et renvoie le problème de facturation à la MSC. L'Ordre est de l'avis que la MSC détient davantage de pouvoirs et de ressources pour faire face aux instances de fraude. Par exemple, la MSC peut ordonner au médecin de rembourser le paiement excédentaire, alors que le College n'est pas doté de l'autorité nécessaire pour le faire.

PARTIE IV : Les processus de surveillance et d'enquête en Ontario¹²⁰

I. La rémunération des médecins en Ontario

Le Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO), institué dans la province en 1972, est administré par le ministre de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLDO) (appelé ministre de la Santé de 1971 jusqu'en 1999)¹²¹. Le Régime d'assurance-santé de l'Ontario paye les services essentiels et assurés qui sont dispensés par les médecins, ainsi que certains services fournis par des chirurgiens dentistes et par des physiothérapeutes. Le RASO paye également une partie des services dispensés par les podiatres, les chiropraticiens et les ostéopathes, ainsi que des services d'optométrie limités¹²². Les médecins sont rémunérés pour tout «service assuré» conformément au barème des honoraires pour services médicaux, annexé à la *Loi sur l'assurance-santé*, L.R.O. 1990, chapitre H.6. Les honoraires figurant à l'annexe sont fixés à la suite de négociations entre la Ontario Medical Association (OMA) et le

¹²⁰ Comme cela est mentionné dans l'introduction, le 24 juin 2004, l'Assemblée législative de l'Ontario a adopté la *Loi de 2004 sur la révision provisoire des paiements d'honoraires de médecins*, L.O. 2004, ch. 13, qui a suspendu toutes les vérifications en cours du Comité d'étude de la médecine jusqu'à la publication du rapport du juge Cory. Cette section parle sur le processus de vérification qui était en force avant le 24 juin 2004.

¹²¹ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, «About Ministry of Health and Long-Term Care» (en ligne) (consulté le 16 septembre 2003). Internet : www.health.gov.on.ca/english/public/ministry/about.html.

¹²² Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, «Services assurés à l'extérieur du Canada. Quels sont les services assurés par l'assurance santé?» (en ligne) (consulté le 16 septembre 2003). Internet : www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ohip/services.html

MSSLDO¹²³. Au cours de l'exercice 2001-2002, environ 23 000 médecins ont présenté 130 millions de factures au Régime, totalisant 4,5 milliards de dollars¹²⁴.

En vertu de l'article 4 de la *Loi sur l'assurance-santé*, le lieutenant-gouverneur en conseil nomme le directeur général du RASO, lequel est chargé d'administrer le RASO conformément à la loi. Le directeur général exerce les pouvoirs suivants : «faire effectuer les paiements par le Régime pour les services assurés, y compris décider de l'admissibilité à ces paiements et en fixer les montants» en vertu de l'alinéa 42) c). Aux termes du par. 182), le directeur général peut refuser de payer pour un service fourni par un médecin ou réduire le montant du paiement, si le directeur général est «d'avis que la totalité ou une partie du service assuré n'a de fait pas été fournie», [Traduction] si la nature du service est faussement représentée «délibérément ou par inadvertance» ou si le service n'a pas été dispensé «conformément aux normes et aux pratiques professionnelles reconnues». Le directeur général peut également refuser de payer pour un service ou réduire le montant du paiement si «après avoir consulté un médecin ou un praticien, il est convaincu que la totalité ou une partie du service n'était nécessaire ni du point de vue médical ni du point de vue thérapeutique». En vertu du par. 18(5), le directeur général peut exiger qu'un médecin rembourse au Régime un montant payé pour un service visé au paragraphe 2). Ce processus de «recouvrement direct» qui autorise le directeur général à payer l'intégralité ou une partie d'une facture ou de ne pas la payer du tout, a été institué en 1996.

II. Le paiement des factures médicales en Ontario

A. La surveillance exercée par le RASO

Ce sont les employés du RASO (dans les bureaux du MSSLDO) qui surveillent les factures, pour détecter les [Traduction] «demandes en double, les procédures parallèles, les visites répétitives fréquentes ou la réclamation d'estimations trop élevées, la facturation répétitive de services très coûteux, les tests de laboratoire habituels et la facturation de

¹²³ Comité d'étude de la médecine du College of Physicians and Surgeons of Ontario. *Annual Report*, 1^{er} avril 2000 au 31 mars 2001, p. 1.

¹²⁴ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, «Health Update : Reviewing OHIP Claims: Ensuring Accountability for Ontario's Healthcare System» (en ligne) (consulté le 16 septembre 2003). Internet : www.health.gov.on.ca/english/public/updates/archives/hu_03/hu_ohip.html.

consultations régulières au bureau, accompagnées de tests de diagnostic»¹²⁵. Certaines mesures de surveillance sont exercées avant le paiement des sommes réclamées¹²⁶, certaines sont exercées ultérieurement. On produit des rapports qui sont transmis aux employés du RASO afin qu'ils les examinent plus en détail et qu'ils essaient de mettre à jour la présence de [Traduction] «visites inutiles ou répétées; prestation de services très coûteux inutiles ou facturation frauduleuse de tels services; grand nombre de services qui ne sont pas nécessaires médicalement; grand nombre de services n'ayant pas été rendus conformément aux normes de pratique»¹²⁷.

Il y a un aspect de ce processus de surveillance qui est très contesté : le RASO ne dévoile pas aux médecins les profils statistiques générés par ordinateur qu'il emploie pour déterminer les écarts de facturation des médecins avec les normes statistiques. La OMA fait valoir que les médecins pourraient améliorer la facturation de leurs services s'ils connaissaient les normes acceptables¹²⁸. Cela diffère de la situation de la Colombie-Britannique où le comité des profils de spécialisation (POPC), de l'OAR fournit aux médecins leurs profils de facturation, pour qu'ils puissent ajuster leurs factures et éviter une vérification de la part du programme de facturation avec intégrité (BIP) fondée sur des profils de facturation. Le RASO a récemment fourni une description détaillée des recherches qui font partie des analyses générées par ordinateur¹²⁹ cependant cette description ne fournit pas aux médecins de l'Ontario un aperçu de leurs pratiques de facturation en fonction des pratiques de leurs collègues, comme cela est le cas en Colombie-Britannique. Avant le milieu des années 90, on a fait parvenir à tous les

¹²⁵ «Medical Review Committee: A Peer Review of Physician Billings» dans *Members' Dialogue*, septembre-octobre 2002, (en ligne) (consulté le 18 septembre 2003). Internet : www.cpso.on.ca/publications/dialogue/0902/CEM.htm.

¹²⁶ Chaque mois, l'ordinateur rejette un ensemble de factures dont le total s'élève à environ 10 millions de dollars.

¹²⁷ «Medical Review Committee: A Peer Review of Physician Billings».

¹²⁸ Ontario Medical Association, «OMA Submission to the Honorable Justice Cory – Review of the Ontario Medical Audit and Review Process», dans *Ontario Medical Review*, (juillet-août 2004), p. 24 (je me réfère aux p. 1-12 de la version électronique imprimée). Lorsqu'on a soulevé cette question devant le tribunal d'examen et d'appel des services de santé, ce dernier a déclaré qu'il ne détenait pas la compétence de réviser la décision rendue par le Régime d'assurance-santé de l'Ontario, soit de renvoyer l'affaire devant le CEM, mais qu'il s'agit plutôt d'une question devant être tranchée devant les tribunaux judiciaires, parce que sa propre compétence ne l'autorise qu'à réviser les décisions du CEM; *Carstoniu c. The General Manager, Ontario Health Insurance Plan* (Health Services Review and Appeal Board; 13 août 2004; 03-HIA-0050), p. 25.

¹²⁹ Garry Salisbury et Larry Patrick (Coprésidents), «Post-Payment Review and Auditing of OHIP Claims – Part B The Claims Review Process», dans *Ontario Medical Review*, septembre 2003 (consulté le 29 août 2004). Internet : www.oma.org/pcomm/omr/sep/03bulletin.htm

médecins de l'Ontario un profil de facturation sommaire, afin qu'ils puissent comparer leur facturation à celle de leurs collègues; cependant, ils doivent maintenant payer pour ce service et ces renseignements sont communiqués [Traduction] «dans un format encombrant et difficile d'interpréter¹³⁰.

Le bureau de traitement du MSSLDO fait valoir que [Traduction] «les médecins et praticiens ne sont responsables que de la véracité et de l'exactitude des factures qu'ils présentent en vertu du RASO¹³¹. Si la facturation d'un médecin soulève des doutes auprès du personnel du RASO, le directeur général peut choisir l'une des quatre mesures suivantes : 1) envoyer des lettres en indiquant le fait que son profil de facturation n'est pas conforme aux normes; 2) recouvrer les montants en vertu du par. 18(5) de la Loi (sans renvoyer l'affaire pour être examinée); 3) renvoyer l'affaire au CEM ou à un autre comité d'examen adéquat¹³² en vertu de l'art. 39.1 de la *Loi sur l'assurance-santé*; 4) si l'on soupçonne la présence de fraude, il faut référer l'affaire à la Police provinciale de l'Ontario (OPP)¹³³. Le médecin peut interjeter appel auprès du CEM pour contester tout paiement ou tout manque de paiement de la part du RASO (art. 18.1).

B. Le CEM

Le CEM a été institué par l'article 5 de la *Loi sur l'assurance-santé* : il s'agit d'un comité administré par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. Il est chargé d'examiner les factures des médecins à la demande du directeur général du RASO (en vertu de l'art. 39.1) ou à la demande du médecin (en vertu de l'art. 18.0.1)¹³⁴. Aux termes de la Loi et de son Règlement,

¹³⁰ College of Physicians and Surgeons of Ontario, «Submissions to The Hon. Peter Cory, Reviewer of Ontario's Medical Audit System», dans *Périodique*, le 13 juillet 2004, p. 11.

¹³¹ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Bureau de traitement «Medical and Practitioner Review Committee Activity», dans *Bulletin*, n° 4383, le 1^{er} avril 2002, p. 1.

¹³² Il existe cinq comités d'examen par les pairs, spécialisés en médecine, en podologie, en chiropratique, en dentisterie et en optométrie; cependant, le CEM est celui qui reçoit le plus grand volume de travail.

¹³³ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Bureau de traitement, «Medical and Practitioner Review Committee Activity», dans *Bulletin*, n° 4383, le 1^{er} avril 2002, p. 1.

¹³⁴ Le CEM a été institué en 1971; Ontario Medical Association, «OMA Submission to the Honorable Justice Cory – Review of the Ontario Medical Audit and Review Process», *Ontario Medical Review*, juillet-août 2004 (en ligne). Internet : www.petercory.org.

le CEM est formé de 18 médecins nommés par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et de six membres du public nommés par le ministre. Le CEM exerce ses activités en vertu de ce qui semble être un contrat confidentiel conclu entre le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario¹³⁵.

En 2002, le président du CEM a expliqué le fonctionnement du comité : [Traduction] «Lorsque la facturation effectuée par un médecin soulève des questions auprès du personnel du RASO, alors le CEM donne au médecin l'occasion de justifier ses factures. Si le médecin peut démontrer qu'il a effectivement dispensé les services dont il réclame paiement, tout se règlera bien. Si cela n'est pas le cas, alors l'argent doit être remboursé au Régime»¹³⁶. En termes officiels, le CEM [Traduction] «effectue une vérification sur place, inspecte les dossiers relatifs aux services, questionne le médecin qui a dispensé les services, détermine si les comptes ont été présentés conformément aux questions prescrites par la loi et détermine s'il faut ordonner des remboursements ou s'il faut verser au médecin des paiements supplémentaires»¹³⁷. Le rapport final de l'inspection préparé par le vérificateur médical est transmis au médecin. Quant au CEM, après avoir reçu le rapport final de l'inspection, il peut effectuer ses propres entrevues et alors, rendre une ordonnance obligatoire dirigée au directeur général du RASO, lui ordonnant de payer des montants réclamés ou exigeant le recouvrement de sommes déjà versées au médecin¹³⁸. L'examen du CEM ne requiert pas d'audience. Cependant [Traduction] «la doctrine du secret du délibéré est applicable à tous les documents préparés par les membres du CEM au cours de la détermination de l'affaire» (mais elle n'est pas applicable aux renseignements recueillis pour établir le bien-fondé de sa détermination). Le CEM est tenu de préparer des motifs par écrit¹³⁹.

¹³⁵ La OMA a demandé le contrat, mais celui-ci ne lui a jamais été octroyé; Ontario Medical Association, «OMA Submission to the Honorable Justice Cory – Review of the Ontario Medical Audit and Review Process», *Ontario Medical Review*, juillet-août 2004 (en ligne). Internet : www.petercory.org.

¹³⁶ «Medical Review Committee: A Peer Review of Physician Billings» *Members' Dialogue*, septembre-octobre 2002, (en ligne) (consulté le 18 septembre 2003). Internet : www.cpsso.on.ca/publications/dialogue/0902/CEM.htm.

¹³⁷ Comité d'étude de la médecine du College of Physicians and Surgeons of Ontario, *Annual Report*, le 1^{er} avril 2000 au 31 mars 2001, p. 2.

¹³⁸ Comité d'étude de la médecine du College of Physicians and Surgeons of Ontario, *Annual Report*, le 1^{er} avril 2000 au 31 mars 2001, p. 3.

¹³⁹ *Carstoniu c. The General Manager, Ontario Health Insurance Plan* (Health Services Review and Appeal Board; 13 août 2004; 03-HIA-0050), p. 19-23.

Après avoir effectué son examen, le CEM peut instruire le directeur général de verser un montant supplémentaire au médecin ou d'exiger au médecin de rembourser une partie ou l'intégralité de la somme lui ayant été versée (par. 38.1 (5)).

Il peut rendre une ordonnance de remboursement :

1. lorsque le comité applicable a des motifs raisonnables de croire que les services, en partie ou dans leur intégralité, n'ont pas été dispensés;
2. lorsque le comité applicable a des motifs raisonnables de croire que les services, en partie ou dans leur intégralité, :
 - i. n'était pas médicalement nécessaire, s'il s'agit de services dispensés par un médecin;
 - ii. n'était pas thérapeutiquement nécessaire, s'il s'agit de services dispensés par un praticien.
3. lorsque le comité applicable a des motifs raisonnables de croire que le caractère des services a fait l'objet d'une fausse représentation, délibérément ou par inadvertance;
4. lorsque le comité applicable a des motifs raisonnables de croire que les services, en partie ou dans leur intégralité, n'ont pas été dispensés conformément aux normes et aux pratiques professionnelles reconnues;
5. dans toute autre circonstance prescrite (par. 39.1(6))¹⁴⁰.

En 1996, on a apporté, à la Loi, un certain nombre de modifications afin d'accélérer ce processus. Le comité a non seulement acquis le pouvoir de recouvrement direct (art. 18, par. 5(3.1)), mais également celui de [Traduction] «siéger dans plusieurs divisions simultanément, s'il y a un quorum du comité présent dans chaque division.» Un quorum du CEM est composé de trois membres, dont l'un ne peut pas être un médecin. Cependant, le par. 53) prévoit que «Toutefois, un membre qui est praticien constitue le quorum aux fins d'une révision demandée dans certaines circonstances.» Le par. 18.12) de la Loi et le par. 38.11) du

¹⁴⁰ Si le CEM détecte des questions touchant à la qualité des soins, elle les renvoie au registraire de l'ordre lequel peut entamer des procédures; College of Physicians and Surgeons of Ontario, «Submissions to The Hon. Peter Cory, Reviewer of Ontario's Medical Audit System» (en ligne), le 13 juillet 2004, p. 4.

Règlement prévoient les examens pouvant être tenus par un seul membre, notamment lorsque le montant contesté est inférieur à 100 000 \$ ou dans tous les cas ayant reçu l'approbation du directeur général.

En 1996, on a apporté à la Loi des modifications supplémentaires pour que les médecins soient tenus de payer des intérêts¹⁴¹ et une partie des dépens de l'examen du CEM, lesquels étaient auparavant entièrement à la charge du Ministère. Grâce à cette disposition, beaucoup de médecins préfèrent maintenant négocier un règlement pour éviter de payer des intérêts et les dépens de l'audience¹⁴². En conséquence aux modifications, le CEM offre, aux médecins, les trois options qui suivent : a) un règlement; b) un examen accéléré; c) un examen régulier ou approfondi¹⁴³. En raison du nombre croissant de règlements, le CEM a décidé que les rapports d'inspections seraient dorénavant examinés par deux membres du comité : un médecin et un membre représentant le public, lesquels feraient des recommandations au directeur général. Ce processus d'examen accéléré ne comportait pas d'inspection officielle, mais seulement une entrevue tenue par un médecin membre du CEM. Le CEM estime que ce recours est adéquat pour les [Traduction] «cas simples, comportant un seul ou un nombre très restreint» de codes du barème d'honoraires et dans le cadre desquels, les questions sont simples et peu compliquées¹⁴⁴. Selon le CEM, depuis qu'on oblige les médecins de déboursier une partie des dépens des examens réguliers, le nombre de ces examens a diminué drastiquement¹⁴⁵.

La diminution du nombre d'audiences et d'entrevues pose un défi à l'expertise du CEM. Pour cette raison, les membres de ce comité ont entrepris de se réunir plus souvent et de tenir

¹⁴¹ L'intérêt, lequel s'élève à un montant prescrit, est payable à partir de la date prescrite (par. 18.1(14)).

¹⁴² Il y a eu des modifications rétroactives au 1^{er} avril 2003 en ce qui concerne le montant que le médecin doit payer; cependant, la question des dépens est encore contentieuse en Ontario; College of Physicians and Surgeons of Ontario, «Submissions to The Hon. Peter Cory, Reviewer of Ontario's Medical Audit System» p.10, (en ligne) (consulté le 13 juillet 2004), Internet : www.petercory.org.

¹⁴³ Comité d'étude de la médecine du College of Physicians and Surgeons of Ontario, *Annual Report*, le 1^{er} avril 2000 au 31 mars 2001, p. 3.

¹⁴⁴ Comité d'étude de la médecine du College of Physicians and Surgeons of Ontario, *Annual Report*, le 1^{er} avril 2000 au 31 mars 2001, p. 4.

¹⁴⁵ Comité d'étude de la médecine du College of Physicians and Surgeons of Ontario, *Annual Report*, le 1^{er} avril 2000 au 31 mars 2001, p. 5.

davantage d'ateliers de formation pour ses membres.

Le tableau n° 1 montre que le nombre d'examens réguliers et accélérés a augmenté entre 1998 et 2002. Cependant, le CEM disposait de moins de 100 affaires par année. Cela est conforme au contrat qu'il a conclu avec le RASO, mais n'atteint pas le 0,5 p. 100 des médecins qui relèvent du RASO.

Tableau n° 1

**Nombre d'examens réguliers et accélérés effectués par le CEM
en Ontario, de 1998 jusqu'en 2002**

Exercice	Examens réguliers	Examens accélérés	Total
1998-1999	46	6	52
1999-2000	46	18	64
2000-2001	55	19	74
2001-2002	69	29	98
Total	216	72	288

Le tableau n° 2 montre qu'entre 1991 et 2002, le CEM a recommandé au RASO, de recouvrer plus de 36 millions de dollars, auprès de 548 médecins – c.-à-d. de recouvrer une moyenne de 3,3 millions de dollars par année, auprès d'une moyenne de 49,8 médecins par année. On recommandait de recouvrer, auprès de chaque médecin, les montants qui dépassaient 66 449 \$. La moyenne des sommes recouvrées auprès des médecins particuliers varie entre 45 000 \$ et 196 000 \$ par année. La somme la plus importante dont on a recommandé le recouvrement s'élevait à 3 millions de dollars, au cours de l'exercice 1995-1996¹⁴⁶. La somme totale des recommandations pour l'exercice 2001-2002, laquelle s'élève à 5,634 millions de dollars, ne représente que 0,13 p. 100 des 4,5 p. 100 milliards de dollars ayant été versés aux médecins. Selon les coprésidents du CEM, [Traduction] «Il est clair que les médecins de l'Ontario ont un dossier admirable en ce qui concerne l'exactitude de leurs comptes¹⁴⁷.»

¹⁴⁶ Comité d'étude de la médecine du College of Physicians and Surgeons of Ontario, *Annual Report*, le 1^{er} avril 2000 au 31 mars 2001, p. 13.

¹⁴⁷ D^r Barry Giblon et D^r Rachel Edney, coprésidents du CEM. Réponse à «Dear Editor: Re: Medical Review Committee: A Peer Review of Physicians Billings – Sept/Oct 2002», dans *Members' Dialogue*, 2003, p. 9.

Tableau n° 2¹⁴⁸

**Nombre de cas et valeur des montants que le CEM a recommandé de recouvrer,
au cours des exercices 1991 à 2002**

Exercice	Cas	Montant de recommandation	Montant de recommandation par cas
1991-1992	35	2 062 000	58 914
1992-1993	30	1 551 000	51 700
1993-1994	28	1 306 000	46 643
1994-1995	22	4 303 000	195 591
1995-1996	36	5 604 000	155 667
1996-1997	19	1 733 000	91 211
1997-1998	44	2 240 000	50 909
1998-1999	81	4 888 000	60 346
1999-2000	81	3 635 000	44 877
2000-2001	74	3 458 000	46 730
2001-2002	98	5 634 000	57 490
Total	548	36 414 000	66 449

C. Le OHIP Payment Review Program

Le OHIP Payment Review Program (OPRP) a été institué en janvier 2003, après un examen conjoint du CEM effectué par le MSSLDO et la OMA. Le comité conjoint a recommandé

¹⁴⁸ Chiffres provenant du Comité d'étude médicale de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. College of Physicians and Surgeons of Ontario, *Annual Report*, 1^{er} avril 2001 au 31 mars 2002, p. 5. Le 16 octobre 2004, j'ai été incapable d'accéder au Site Web du CEM pour mettre à jour ces statistiques, parce qu'actuellement, il faut avoir un mot de passe pour y accéder.

que le CEM continue de se consacrer à la vérification des factures, mais que [Traduction] «les médecins devraient avoir l'occasion de conclure un règlement avec le Ministère avant que leur dossier ne soit renvoyé au CEM.» Le OPRP est facultatif et les médecins gardent le droit que leur dossier soit envoyé directement au CEM. Un bulletin du MSSLDO explique les avantages que le OPRP représente pour les médecins : [Traduction] «un règlement accéléré des problèmes concernant la présentation des factures; participation de moins de personnes; il n'y a pas de frais supplémentaires pour l'examen; les intérêts ne sont comptabilisés qu'à partir de la date de règlement et non pas au cours de la période qui fait l'objet de l'examen; on ne publie pas d'information concernant l'examen»¹⁴⁹.

D. Le Comité d'éducation et de prévention (CEP)

Le Comité d'éducation et de prévention, a été mis en place en janvier 2003, grâce aux efforts conjoints du Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et la Ontario Medical Association, pour répondre aux préoccupations des médecins à l'égard du CEM¹⁵⁰. Il a pour [Traduction] «objectif de fournir aux médecins des renseignements sur la manière de présenter leurs factures correctement» afin de réduire [Traduction] «le besoin de recouvrer des paiements relativement à des factures présentées de manière erronée¹⁵¹. Le CEP, qui comprend au moins quatre membres de la OMA et du MSSLDO, est chargé de faire des recommandations, notamment dans les domaines suivants:

1. les principes de base de l'élaboration de la politique de communication didactique et de la facturation;
2. les mesures futures permettant d'améliorer l'éducation des médecins pour qu'ils puissent être en mesure de présenter des factures adéquates au RASO, évitant ainsi l'interprétation erronée du barème d'honoraire;
3. la garantie que la politique didactique soit conforme aux normes professionnelles en place et qu'elle soit appliquée conformément à celles-ci, ainsi qu'aux politiques de l'Ordre et du Ministère en ce qui concerne la présentation des factures;

¹⁴⁹ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, «OHIP Payment Review Program», dans *Bulletin*, n° 4396, le 16 janvier 2003.

¹⁵⁰ «New initiatives aim to improve billing processes and reduce risk of CEM referral» (en ligne) (consulté le 20 septembre 2003). Internet : www.oma.org/pcomm/omr/dec/02agreement.htm.

¹⁵¹ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, «Health Update: Reviewing OHIP Claims: Ensuring Accountability for Ontario's Healthcare System» (en ligne) (consulté le 16 septembre 2003). Internet : www.health.gov.on.ca/english/public/updates/archives/hu_03/hu_ohip.html.

4. la communication aux médecins des processus et des activités de surveillance et de répression du MSSLDO;
5. les programmes de communication supplémentaires afin d'améliorer la prise de conscience et la compréhension des questions concernant les factures¹⁵².

¹⁵² «OMA_MOHLTC Agreement Update» (en ligne) (consulté le 20 septembre 2003). Internet : www.oma.org/pcomm/omr/mai/02agreement.htm.

E. Le mécontentement avec le CEM

Au début des années 2003¹⁵³, 400 médecins ont signé une lettre pour se plaindre du fait que le processus du CEM présumait les médecins coupables jusqu'à ce qu'ils démontrent leur innocence et de l'obligation imposée aux médecins de payer les frais de vérification, ce qui constitue un déni de justice naturelle. Ils ont mis en question le fait que l'examen est tenu par des «pairs» puisque tous les membres, sauf deux, sont nommés et payés par le MSSLDO et que l'«Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario loue au MSSLDO le local occupé par le CEM. Par conséquent, il existe l'apparence d'un conflit d'intérêt de caractère financier¹⁵⁴. Selon la lettre des médecins, le processus du CEM a causé aux médecins des [Traduction] «problèmes financiers et des répercussions psychologiques permanentes. Il n'était pas rare de constater des incidences de faillite, d'émigration, d'abandon de la profession et de rupture du mariage.» Les auteurs de la lettre demandaient l'institution d'un nouveau tribunal indépendant, séparé du MSSLDO¹⁵⁵.

En réponse à cette lettre, les coprésidents du CEM ont précisé la situation, en expliquant qu'ils se consacrent surtout à mettre les règles à exécution et non pas à les créer. De plus, avant de procéder à l'examen approfondi, ils donnent aux médecins maintes possibilités de régler leur situation et d'éviter ainsi le paiement des dépens. En outre, un système de rémunération fondé sur les honoraires à l'acte ne peut exister sans un processus de vérification et le système CEM est de beaucoup supérieur à celui des États-Unis avec [Traduction] «des récompenses pour les informateurs, des amendes pour toute facturation inexacte et un système

¹⁵³ Le mécontentement des médecins n'a pas commencé en 2003, car il s'agit plutôt d'une longue histoire. On peut en voir des instances dans la *Ontario Medical Review*, une publication de la OMA où l'on discute des ententes convenues entre la OMA et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

¹⁵⁴ Certains médecins étaient préoccupés du fait que le CEM soit trop rapproché de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. Une des recommandations du comité conjoint de la OMA et du Ministère, au sujet du CEM, était justement que le CEM continue de fonctionner au sein de l'Ordre, mais qu'il informe clairement les médecins qu'il agit séparément des fonctions de l'Ordre.

¹⁵⁵ «Dear Editor: Re: Medical Review Committee: A Peer Review of Physicians Billings – Sept/Oct 2002», dans *Members' Dialogue*, 2003, p. 6-7.

permettant de recouvrer trois fois le montant en question.» Lorsque l'OAR n'a pas effectué de vérification, alors le gouvernement ou la police s'en occupent. Les coprésidents expliquent que le CEM existe sous les [Traduction] «auspices d'une entente conclue entre la OMA et le MSSLDO» et que, sur le fondement d'une vérification effectuée une année auparavant, ces deux organismes ont conclu que le rôle du CEM dans le processus de vérification «doit être continué et approfondi¹⁵⁶.»

Le CEM, cependant, continuait de subir de nombreuses critiques, y compris un site Web portant sur les «victimes du CEM¹⁵⁷. L'*Ontario Physicians' Alliance* s'est lancée à l'attaque en dénonçant le «harcèlement grotesque» des médecins victimes du CEM et le tribunal «arriéré» du CEM, puis elle a demandé «un tribunal indépendant, doté des dispositifs de protection habituels pour protéger les inculpés¹⁵⁸. Selon certains journaux, le CEM pouvait avoir été impliqué dans le suicide du D^r Anthony Hsu en avril 2003. Le D^r Hsu avait reçu l'ordre de payer 108 000 \$ pour facturation inexacte au RASO¹⁵⁹.

Le 23 mai 2003, le président de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario a demandé au ministre de procéder à un examen externe et indépendant du processus de vérification dans son intégralité, y compris les critères employés par le Régime pour renvoyer les cas au CEM, la composition des membres du CEM, les critères employés par le CEM pour entamer une vérification, les dispositions de recouvrement des dépens, entre autres. Le 30 avril 2004, le gouvernement de l'Ontario a nommé l'honorable Peter Cory et l'a chargé d'examiner les pratiques du CEM et de faire des recommandations au sujet du système de vérification¹⁶⁰.

Pour préparer ses dépositions devant le juge Cory, la OMA a effectué un sondage de

¹⁵⁶ D^{rs} Barry Giblon et Rachel Edney, coprésidents du CEM. Réponse à «Dear Editor: Re: Medical Review Committee: A Peer Review of Physicians Billings – Sept/Oct 2002», dans *Members' Dialogue*, 2003, p. 7-10.

¹⁵⁷ «CEM Victims Home Page» (en ligne) (consulté le 19 septembre 2003). Internet : www3.sympatico.ca/dindar/CEM/CEM.htm.

¹⁵⁸ Article affiché le 3 janvier 2003 : «How bad it is» (en ligne) (consulté le 19 septembre 2003). Internet : www.opaonline.org/gmatter/archives/00000012.html.

¹⁵⁹ Peter Downs, «No moratorium on doctor audits», dans *The Review* (Niagara Falls), le 17 mai 2003, p. A1.; Allan Benner, «They know it is a faulty system», dans *Tribune* (Welland), le 16 mai 2003, p. A1.

¹⁶⁰ «Terms of Reference», le 30 avril 2004, (en ligne) (consulté le 30 décembre 2004). Internet : www.petercory.org.

ses 25 000 membres et a constaté qu'ils étaient très dissatisfaits avec le processus d'examen de la facturation. Les médecins souhaitaient que le processus soit plus transparent, sommaire, moins arbitraire et plus raisonnable en ce qui concerne les obligations de LA tenue des dossiers. Les médecins souhaitaient également un barème d'honoraires plus intelligible. Ils éprouvaient des préoccupations face à la façon dont le processus de vérification visait certains codes d'honoraires et certaines spécialisations et estimaient que les montants de recouvrement étaient trop élevés. Ils estimaient également que le ministre devrait être chargé du fardeau de la preuve et que les ordonnances ne devraient pas être exécutoires jusqu'à épuisement de tout recours d'appel. Ils se préoccupaient également du fait que beaucoup de médecins étaient en train de quitter l'Ontario ou évitaient de s'installer en Ontario en raison des pratiques de facturation. La OMA conclut qu'un système de vérification fondé sur les «meilleures pratiques» doit être [Traduction] «doté d'une administration juste, ouverte et transparente, ainsi que d'un processus de détermination indépendant, objectif, compétent, raisonnable et rapide.» De plus, on ne devrait pas exiger de remboursement des médecins qui exercent «conformément aux normes de diligence en place»¹⁶¹. La OMA estime que le processus de vérification doit se concentrer sur l'éducation et la prévention et qu'on devrait accorder aux médecins six mois pour changer leurs méthodes de facturation, lorsque le ministre n'est pas satisfait des explications fournies par les médecins sur leurs pratiques de facturation. Selon la OMA, les médecins devraient être au courant des normes en matière de statistiques auxquelles ils doivent se conformer, pour qu'ils soient en mesure de facturer conformément à ces statistiques¹⁶².

Dans les documents qu'elle a préparés pour l'examen du juge Cory, la OMA suggère qu'on annule les pouvoirs de recouvrement du directeur général, parce que les médecins ne disposent pas de protections dans le cadre de l'audience, ni de la procédure¹⁶³. À la fois l'Ordre et la OMA recommandent qu'on élimine l'examen accéléré tenu par un membre unique. La notion d'examen par les pairs joue un rôle central dans les dépositions de la OMA.

¹⁶¹ La OMA était de l'avis que le système de tenue de registres actuel [Traduction] «fera en sorte que tous les médecins de l'Ontario soient tenus de rembourser des montants.» Ontario Medical Association, «OMA Submission to the Honourable Justice Cory—Review of the Ontario Medical Audit and Review Process», dans *Ontario Medical Review*, juillet-août 2004, (en ligne).

¹⁶² Ontario Medical Association, «OMA Submission to the Honourable Justice Cory – Review of the Ontario Medical Audit and Review Process», dans *Ontario Medical Review*, juillet-août 2004, (en ligne). La OMA, en fait, emploie le mot «adéquatement» et non pas «conformément» mais il n'y a qu'une ligne fine entre les deux. Les observations soumises par la OMA insistent sur le rôle [Traduction] «didactique et préventif» du processus de vérification, p. 3, 7 et 9.

¹⁶³ Ontario Medical Association, «OMA Submission to the Honourable Justice Cory – Review of the Ontario Medical Audit and Review Process», dans *Ontario Medical Review*, juillet-août 2004, p. 4.

Dans leurs dépositions auprès du juge Cory, la *Coalition of Family Physicians of Ontario* qualifie le système de vérification [Traduction] «d'inquisiteur» et d'«antagoniste aux traditions d'équité et de justice de la *common law*.» Selon eux, ce système a provoqué la «démoralisation et le découragement» des médecins qui se sont sentis «insultés» après avoir été touchés¹⁶⁴.

F. Appels interjetés auprès du tribunal d'appel et d'examen des services de santé

Les médecins qui ne sont pas satisfaits des déterminations du CEM peuvent interjeter appel contre eux auprès du tribunal d'appel et d'examen des services de santé¹⁶⁵. Entre 1994 et 2004, le tribunal a ouvert 70 dossiers. La plupart des affaires ont été réglées hors cour ou les appelants se sont désistés; seulement sept appels ont été déterminés par le tribunal. Parmi ces sept appels, six d'entre eux ont été entendus et déterminés au cours de l'exercice 2003-2004¹⁶⁶. Ces sept appels font partie de mon analyse de cas du domaine public, dans la partie V.

¹⁶⁴ Coalition of Family Physicians, «Enshrining Confidence: COFP's Submission to Justice Peter Cory», p. 2-3.

¹⁶⁵ *Loi sur l'assurance-santé*, R.L.O. 1990, C. H-6, par. 201).

¹⁶⁶ Lettre de Beverly A. Harris, présidente, Commission d'appel et de révision des services de santé, à l'honorable Peter Cory, datée du 27 septembre 2004 (en ligne). Internet : www.petercory.org.

III. L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario

L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO), l'organisme d'autoréglementation des médecins de l'Ontario, a été institué par la *Loi sur les médecins* L.O. 1991 ch. 30. L'Ordre est régi par un conseil composé de 15 ou 16 médecins, de 13 à 15 membres du public, nommés par le gouvernement, et de trois membres du professorat travaillant dans des facultés de médecine situées en Ontario. (art. 6). Le conseil peut déléguer des affaires au comité exécutif, composé de quatre médecins et deux membres du public (art. 27), trois membres du comité constituant un quorum (art. 29).

Outre les fonctions qu'il exerce auprès du CEM, l'Ordre détient également le pouvoir de discipliner les membres qui font preuve d'inconduite professionnelle¹⁶⁷. L'inconduite professionnelle comprend le partage des frais, la falsification des registres médicaux, la signature ou l'émission de documents faux ou trompeurs, la facturation de services n'ayant pas été dispensés, la réclamation d'honoraires excessifs, le défaut de fournir les détails d'une facture sur demande, la violation d'une loi fédérale ou provinciale pertinente à l'aptitude du médecin d'exercer la médecine, tout acte ou omission [Traduction] «scandaleux, déshonorable ou non professionnel¹⁶⁸. Habituellement, lorsqu'un médecin a été condamné de fraude dans le domaine de la santé, l'Ordre prend des mesures disciplinaires¹⁶⁹.

¹⁶⁷ Article 51, annexe 2, *Code des professions de la santé*.

¹⁶⁸ Règlement de l'Ontario 856/93 tel qu'il a été modifié par le règlement de l'Ontario 53/95 en vertu de la *Loi sur les médecins* de 1991.

¹⁶⁹ Voir les affaires faisant l'objet de la discussion de la Partie V.

IV. La Police provinciale de l'Ontario enquête des instances de fraude commise par des médecins

Lorsque le RASO soupçonne la présence de fraude, il peut renvoyer l'affaire à la Police provinciale de l'Ontario (OPP). Le nombre de membres de l'Équipe des enquêtes sur la fraude dans le système de santé de l'OPP, instituée en avril 1998, a passé de 9 à 20 au cours de la première année. De 1998 à 2000, l'Équipe a reçu 500 dossiers, y compris 60 cas de facturation frauduleuse allégement commise par des professionnels de la santé. En 2000, l'Équipe a [Traduction] «poursuivi au tribunal 10 cas d'allégations de fraude commise par des médecins et pharmaciens. Ces instances de fraude portaient des montants d'environ 800 000 \$ en moyenne, par cas.» L'Unité est dotée également d'enquêteurs au pénal consacrés au recouvrement des biens achetés par les médecins avec le produit de leurs fraudes¹⁷⁰. En 2001, l'OPP disposait d'une brigade de 28 membres consacrés à la fraude envers le RASO, dont 13 étaient affectés aux enquêtes concernant la facturation des médecins¹⁷¹. On rapporte également que, depuis son institution, on a procédé au dépôt de 25 inculpations, dont 15 ont été poursuivies devant les tribunaux, l'une a été suspendue, causant la condamnation de neuf médecins¹⁷². En 2002, un total de 18 médecins ont été condamnés¹⁷³.

¹⁷⁰ Barbara Sibbald, «MDs Get Jail Terms, Fines as New Police Squad Targets Health Fraud», dans *Canadian Medical Association Journal*, vol. 163, n° 5, 2000, p. 591.

¹⁷¹ Éditorial. «Policing physician fraud», dans le *Ottawa Citizen*, le 26 avril 2001, p. A17.

¹⁷² Éditorial. «Policing physician fraud», dans le *Ottawa Citizen*, le 26 avril 2001, p. A17. Toutes ces affaires ne constituent pas nécessairement des instances de fraude dans le domaine de la santé.

¹⁷³ Ellie Teshler, «Stepped-up OHIP audit taints doctors», dans le *Toronto Star*, le 7 mars 2002, p. A31.

PARTIE V : Cas de facturation frauduleuse ou inexacte

Cette section présente un aperçu des cas de facturation frauduleuse ou inexacte publiés faisant partie du domaine public au Canada. Puis, elle se concentre plus en détail sur les dossiers provenant de la Colombie-Britannique et de l'Ontario.

I. Cas de fraude dans le domaine de la santé et de facturation inexacte au Canada

A. Paramètres de la collecte de renseignements

Comme cela a été mentionné dans l'introduction, la présente étude porte sur les professionnels des soins de santé qui abusent de la méthode de rémunération des honoraires à l'acte faisant partie du système de la santé publique ou qui commettent de la fraude à son endroit. On retrouve des cas provenant de toutes les provinces et territoires qui se trouvent dans le domaine public (journaux, décisions judiciaires, publications professionnelles, sites Web et décisions accessibles sur demande), dans lesquels le nom du professionnel figure au moins une fois et dans le cadre desquels on a procédé au moins à l'une des mesures suivantes : 1) une direction ou un organisme gouvernemental a instruit une enquête administrative ou pris une mesure administrative; 2) L'OAR de la profession a instruit une enquête ou pris une mesure (habituellement, ce serait l'Ordre des médecins et chirurgiens); 3) il y a eu dépôt d'une inculpation criminelle ou quasi-criminelle. On a également examiné les cas dans le cadre desquels le tribunal ou la Cour n'a pas admis les allégations de fait, bien que leur nombre soit très limité¹⁷⁴. Dans certains cas, il y a très peu d'information dans le domaine public – p. ex. on ne dispose que du nom du professionnel et de la valeur du montant qu'il a été tenu de rembourser au système de soins de santé. On a examiné plus haut, dans ce document, les

¹⁷⁴ Il n'est pas clair s'il en est ainsi parce qu'il y a un petit nombre d'instances rejetées ou parce que les instances rejetées ne sont pas dans le domaine public.

statistiques qui portent sur des professionnels de la santé dont on ne fournit pas le nom.

Ces paramètres excluent les cas de fraude spectaculaires, notamment celui de Stephen Chung qui a usurpé l'identité d'un médecin de famille pendant 15 années, à Hamilton, en Ontario, et a escroqué, au Régime, 4,4 millions de dollars au cours de sa carrière. Il a été condamné à une peine avec sursis parce que le juge a accepté l'argument qu'il avait été motivé par sa passion de devenir médecin et d'aider les autres et non pas par l'appât du gain¹⁷⁵. Le cas de Chung a été exclu parce que ce dernier n'avait pas été reconnu comme un professionnel de la santé légitime par l'Ordre des médecins et chirurgiens qui monopolise ce système de services spécialisés. On a exclu également un certain nombre de cas de chirurgie inutile, de prescription de médicaments inutiles, ainsi que de «thérapie par le sexe», dans le cadre desquels on n'avait pas développé l'aspect de fraude financière (du moins dans le domaine public). On a exclu également les cas de fraude à l'endroit de patients (p. ex. facturer un patient 30 000 \$ pour un traitement contre le cancer inefficace), ainsi que les cas de fraude à l'endroit d'hôpitaux, de la commission de la santé et de la sécurité au travail (ceux qui ne touchaient pas au Régime d'assurance-santé), des compagnies d'assurances privées ou des institutions financières, ainsi qu'à l'endroit de régimes d'assurance-médicaments. J'ai exclu également deux psychologues et deux médecins qui travaillaient au centre d'enquêtes préliminaires de Vancouver, lesquels ont fait l'objet d'enquêtes effectuées par le MSC de la Colombie-Britannique, après que des infirmières aient déposé des plaintes contre eux pour avoir facturé des montants excessifs. Les faits rapportés par les médias sont contradictoires, sauf exception du fait que la MSC n'a pas exigé le remboursement des montants ayant été versés. Cette étude exclut également 12 médecins travaillant dans une clinique sans rendez-vous de Mississauga, en Ontario, lesquels ont été inculpés de fraude d'une valeur supérieure à 5 000 \$, relativement à des allégations qu'ils (les médecins et la clinique) ont escroqué environ 2 millions de dollars, au RASO, au cours des 12 mois de 1997. La Couronne a déposé les inculpations en 2000 et, après que trois d'entre eux ont fait l'objet d'une enquête préliminaire, ils ont été renvoyés à subir leur procès le 19 décembre 2003. Le 23 avril 2005, la poursuite est toujours en cours.

La présente étude se concentre sur la période allant de 1990 jusqu'à l'année 2003. Les dossiers entamés avant 2003 seront suivis jusqu'à 2004 ou 2005 pour examiner leurs résultats. Les décisions du Comité d'étude de la médecine de l'Ontario sont traitées comme des décisions

¹⁷⁵ Editorial du *Ottawa Citizen*, le 14 août 2002, p. A14.

administratives et non pas comme des décisions internes de l'OAR, bien que le CEM soit un comité de l'Ordre. L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario dispose de son propre système de discipline et le CEM est considéré comme un comité indépendant par rapport à l'Ordre, puisqu'il est financé par le gouvernement de l'Ontario en tant qu'organisme gouvernemental.

B. Les cas

La recherche de cas et la collecte de renseignements définies ci-dessus nous ont permis de rassembler 87 cas, dont 36 p. 100 proviennent de la Colombie-Britannique, 39 p. 100 de l'Ontario, 17 p. 100 de la Saskatchewan, 5 p. 100 de Terre-Neuve-et-Labrador et 3 p. 100 du Québec (tableau n° 3). Puisque je ne me suis fondée que sur des sources journalistiques écrites en anglais, je suis certaine qu'au Québec, il y a, dans le domaine public, un nombre beaucoup plus élevé de cas que ceux que j'ai trouvés. J'ai également concentré la plus grande partie de mes efforts pour trouver des cas de la Colombie-Britannique et de l'Ontario, il est donc très probable que je n'aie pas recueilli tous les cas des autres provinces se trouvant dans le domaine public. En ce qui concerne la Saskatchewan, l'Ordre des médecins et chirurgiens de cette province a confirmé n'avoir traité que les cas de trois médecins en la matière.

Tableau n° 3
Cas de fraude et de facturation inexacte à l'endroit dans le domaine de la santé,
par province de 1990 jusqu'à 2003

	Nombre de cas	Pourcentage
Colombie-Britannique	31	36 %
Saskatchewan	15	17 %
Ontario	34	39 %
Québec	3	3 %
Terre-Neuve-et-Labrador	4	5 %
Total	87	100 %

Ces 87 cas ont donné lieu à plus de 113 poursuites. Le tableau n° 4 montre les types de poursuites ayant été intentées dans chaque province. Par exemple, 16 p. 100 des poursuites intentées en Colombie-Britannique sont de caractère criminel ou quasi-criminel, comparé à 31 p. 100 des poursuites intentées en Ontario. Dans la Saskatchewan, la plus grande partie des poursuites (81 p. 100) étaient de nature administrative.

Tableau n° 4
Types et nombre de poursuites intentées
à l'encontre de professionnels de la santé,
par province, de 1990 jusqu'à 2003

	Tribunal administratif	OAR	Poursuites criminelles ou quasi-criminelles	Total
Colombie-Britannique	20 (54 %)	11 (30 %)	6 (16 %)	37 (100 %)
Saskatchewan	13 (81 %)	3 (19 %)	0 (0 %)	16 (100 %)
Ontario	12 (24 %)	22 (45 %)	15 (31 %)	49 (100 %)
Québec	3 (50 %)	1 (17 %)	2 (33 %)	6 (100 %)
Terre-Neuve-et-Labrador	4 (80 %)	0 (0 %)	1 (20 %)	5 (100 %)

1. Profession et spécialisation

La plupart des cas (93 p. 100) portent sur des médecins. Cela découle naturellement du fait que la plus grande partie des professionnels de la santé qui facturent leurs honoraires à l'acte sont des médecins. On retrouve également les cas de deux physiothérapeutes, deux chiropraticiens, un dentiste et un optométriste. Certaines études suggèrent que la psychiatrie est le domaine de spécialisation dans lequel on retrouve le plus de délinquants. Une proportion de 16 p. 100 des 81 médecins étaient des psychiatres. Nous avons calculé approximativement la proportion de psychiatres parmi les médecins, d'après une recherche effectuée dans la base de données des spécialisations de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. Elle indique que, du total de 37 214 médecins, 2 677 (7 p. 100) sont spécialisés en psychiatrie¹⁷⁶. Dans la

¹⁷⁶ Recherche effectuée le 26 septembre 2004. Tous ces médecins ne sont pas rémunérés à l'acte, cependant cela nous donne une idée du pourcentage de psychiatres actuellement en exercice en Ontario.

présente étude, 6 p. 100 des médecins délinquants pratiquent la psychothérapie et 57 p. 100 sont des omnipraticiens ou des médecins de famille. Aux États-Unis, les [Traduction] «psychiatres représentent environ 8 p. 100 des médecins, mais environ 20 p. 100 du total des médecins expulsés de Medicaid pour pratiques frauduleuses¹⁷⁷.

2. Genre

Comme c'est le cas dans la plupart des crimes, la proportion d'hommes qui figurent dans les statistiques concernant l'inconduite et la fraude dans le domaine de la santé est de beaucoup supérieure à celle des femmes. Seulement 7 p. 100 du total de 87 cas étaient des femmes et seulement 7 p. 100 des 81 cas concernant uniquement des médecins étaient des femmes. En 2001, parmi le total de 65 525 médecins du Canada, 33 p. 100 sont étaient des femmes¹⁷⁸. Une recherche de la base de données concernant les médecins actifs de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, y compris les spécialistes, montre que parmi les 37 214 médecins qui figurent dans la base de données, 11 636 (31 p. 100) sont de sexe féminin¹⁷⁹.

3. Âge et expérience

Parmi les 38 professionnels de la santé dont nous disposons de l'âge et de l'année où l'inconduite a commencé (N = 38), nous constatons que leur âge varie entre 29 et 74 ans et que l'âge moyen où ils ont commencé à faire preuve d'inconduite était de 44 ans, la moyenne de l'échantillon étant 45,3 ans. En 1998, l'âge moyen des médecins du Canada était de 47,1 ans; en 2002, il était de 47,7 ans¹⁸⁰. En moyenne, la facturation frauduleuse ou inexacte a

¹⁷⁷ Stephen M. Rosoff, Henry N. Pontell et Robert H. Tillman, *Looting America : Greed, Corruption, Villains and Victims*, New Jersey, Pearson Education Inc., 2003, p. 364.

¹⁷⁸ Statistique Canada, *Profession – Classification nationale des professions pour statistiques de 2001 pour la population active*, (N^o de catalogue 97F0012XCB01017).

¹⁷⁹ Recherche effectuée le 26 septembre 2004. Tous ces médecins ne sont pas rémunérés à l'acte. Cependant, cela nous donne une idée du pourcentage de femmes dans la profession médicale actuellement. La base de données du College of Physicians and Surgeons de la Colombie-Britannique comptait 9 799 médecins le 25 janvier 2005, cependant on ne peut pas effectuer de recherche en fonction du genre.

¹⁸⁰ Institut canadien d'information sur la santé, «Average Age of Physicians by Physician Type and Province/Territory, Canada 1998 and 2002» (en ligne) (consulté le 2 octobre 2004). Internet : secure.cihi.ca/cihiweb/en/AR14_2002_tab2_e; consulté le 2 octobre 2004.

commencé 16,5 ans (N = 42) après l'obtention du diplôme professionnel et le nombre d'années variait de 1 à 45.

II. Cas de facturation frauduleuse ou inexacte de la Colombie-Britannique et de l'Ontario

La présente section se concentre avec plus de détails sur les 31 cas et 37 poursuites ayant eu lieu en Colombie-Britannique, ainsi que sur les 34 cas et les 49 poursuites ayant eu lieu en Ontario. Le tableau n° 5 montre combien de cas ont donné lieu à des poursuites. Il ne faut pas oublier que la présente analyse ne tient compte que des cas dans le cadre desquels le nom du médecin se trouve dans le domaine public. Il est donc très possible que la colonne des poursuites criminelles ou quasi-criminelles soit la plus fidèle à la réalité. Seulement 19 p. 100 des 31 cas de la Colombie-Britannique, comparé à 44 p. 100 des 34 cas de l'Ontario, ont donné lieu à des poursuites criminelles ou quasi-criminelles. La différence correspond à la couverture des médias et aux entrevues que j'ai tenues. Cela confirme le fait que la Colombie-Britannique semble plus réticente à entamer des poursuites contre les délinquants, alors que l'Ontario approche ces affaires avec plus de fermeté.

En Colombie-Britannique, dans seulement 35 p. 100 des cas, l'organisme d'autoréglementation professionnel a intenté des poursuites, comparativement à 65 p. 100 des cas en Ontario. Cela est en accord avec la couverture des médias et les données recueillies au cours des entrevues : l'Ordre des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique¹⁸¹ préfère renvoyer les affaires à la *Medical Services Commission (MSC)* qui lui semble disposer de meilleurs outils pour recouvrer les montants versés par erreur. L'ordre de la Colombie-Britannique ne se saisit pas de ces affaires, à moins qu'elles ne comportent des problèmes concernant la qualité des soins ou que le médecin ne soit condamné d'un acte criminel. L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario se saisit des cas de comportement frauduleux ou inadéquat, même s'il ne fait pas l'objet de poursuites criminelles. Cependant, lorsqu'il y a des instances criminelles, l'ordre habituellement attend les résultats de ces procédures.

En termes de procédures multiples, cinq des 31 cas de la Colombie-Britannique (16 p. 100), comparé à 12 des 34 cas en Ontario (35 p. 100) ont donné lieu à des poursuites au sein de l'organisme d'autoréglementation et devant le tribunal criminel.

Les données concernant les poursuites administratives sont les plus inexactes. La MSC de la Colombie-Britannique a divulgué dans les médias et dans ses propres communiqués de presse, la plupart des poursuites administratives dont elle a été saisie; par contre, le Régime d'assurance santé de l'Ontario ne publie que les montants recouverts, mais très rarement les noms des professionnels de la santé impliqués¹⁸².

¹⁸¹ Parmi les 11 procédures intentées auprès de l'OAR de la Colombie-Britannique, neuf d'entre elles ont été intentées par le College of Physicians and Surgeons.

¹⁸² En janvier 2005, j'ai été en mesure d'ajouter sept instances administratives à la base de données affichée dans le site Web consacré à l'examen du juge Cory.

Tableau n° 5

Poursuites intentées en Colombie-Britannique et en Ontario, dans les cas de fraude et de facturation inexacte dans le domaine de la santé

	Tribunal administratif	OAR	Poursuites criminelles ou quasi-criminelles
Colombie-Britannique	20/31 (65 %)	11/31 (35 %)	6/31 (19 %)
Ontario	12/34 (35 %)	22/34 (65 %)	15/34 (44 %)

A. Motifs provoquant l'ouverture d'une enquête

Bien que le nombre de cas dont nous ne connaissons pas les données, soit légèrement supérieur au nombre de cas dont nous connaissons les détails, dans la plupart des cas de la Colombie-Britannique dont nous disposons des données, l'ouverture de l'enquête a été motivée par une vérification comparative au profil de spécialisation (67 p. 100), alors qu'en Ontario, le motif d'ouverture d'enquête le plus fréquent est conjointement la vérification comparative au profil de spécialisation (33 p. 100) et les plaintes déposées par les patients (33 p. 100). Dans le cadre des vérifications comparatives aux profils de spécialisation, l'enquête se fonde sur le fait que la facturation présentée par ces médecins était très à l'écart de la facturation de leurs collègues travaillant dans des conditions similaires. On a également détecté deux cas à la suite de plaintes déposées par des collègues ou des employés.

B. Types d'inconduite et de fraude

Le tableau n° 6 montre les types de comportement ayant été examinés par un organisme administratif ou par l'OAR. Le comportement le plus fréquent de la part des professionnels de la santé était de facturer des services n'ayant pas été dispensés (24 p. 100 des comportements ayant fait l'objet d'une enquête en Colombie-Britannique et 38 p. 100 des comportements ayant

fait l'objet d'une enquête en Ontario).

Tableau n° 6
Types de comportement examinés par un organisme administratif ou par un OAR en
Colombie-Britannique et en Ontario

Type de comportement	Colombie-Britannique	Ontario
Services non dispensés	10 (24 %)	17 (38 %)
Facturation de services supplémentaires	8 (19 %)	12 (27 %)
Services excessifs ou inutiles	8 (19 %)	4 (9 %)
Faux diagnostic	3 (7 %)	4 (9 %)
Registres insuffisants	8 (19 %)	7 (16 %)
Profil de spécialisation	5 (12 %)	1 (2 %)
Total	42 (100 %)	45 (101 %)

1. La facturation de services non dispensés

Voici l'exemple d'un cas de services non dispensés : Le D^r Michael Bogart a reçu l'ordre de rembourser presque 1 million de dollars pour des fraudes commises entre 1990 et 1996. Il a facturé des services qu'il a prétendument dispensés dans son bureau de Toronto, alors qu'en réalité, il était en vacances en Europe, en Australie et à plusieurs autres endroits. Le D^r Bogart facturait régulièrement pour des consultations s'étant prétendument déroulées les jeudis et les vendredis, alors que durant ces deux jours de la semaine, il ne recevait jamais de patients. Il y a également l'exemple du D^r Mario Halenar qui, semble-t-il, a effectué une facturation au Régime d'assurance médicale de la Colombie-Britannique pour avoir traité une femme de 78 ans

relativement à des problèmes d'enfantement et de ménopause¹⁸³.

Voici ce que les médecins ont répondu lorsque, au cours de l'entrevue, on leur a demandé si la facturation de services n'ayant pas été dispensés constitue de la fraude : selon certains, ce type d'erreur pouvait être dû à des erreurs administratives ou à un manque d'attention et qu'il est probablement facile de les justifier. L'un des médecins a reconnu qu'il s'agissait bien de la fraude, mais qu'il serait difficile de démontrer en raison de la difficulté de la norme de la preuve. Un médecin a déclaré qu'il s'agit de fraude, sans aucune réserve. Tous les médecins ont répondu que tout médecin qui facture ses rencontres sexuelles avec leurs patients commette une fraude. L'un d'entre eux a fait ce commentaire à ce sujet : [Traduction] «L'ordre leur tomberait dessus! La plupart de ces choses-là sont latérales, on ne peut pas les facturer.»

2. Facturer un service plus onéreux

Le deuxième moyen le plus fréquent consiste à facturer pour des services supplémentaires, n'ayant jamais été dispensés (employé dans 19 p. 100 des cas en Colombie-Britannique et dans 27 p. 100 des cas en Ontario). Par exemple, Le D^r Michael Ing, un optométriste de la Colombie-Britannique facturait le Régime pour des examens très approfondis, alors qu'il n'effectuait que des examens superficiels. Certains médecins facturent un examen physique intégral alors qu'ils n'effectuent qu'un examen sommaire.

Lorsqu'on a demandé aux médecins si la facturation de services supplémentaires n'ayant pas été dispensés constituait une fraude, certains ont répondu qu'il serait difficile de démontrer l'intention, qu'il s'agit d'une zone grise ou d'une échelle mobile et que ces questions sont susceptibles d'interprétation et que, dans certains cas, le jugement du médecin entre en jeu. Un autre médecin a déclaré qu'il s'agissait de fraude, sans aucune réserve. Lorsqu'on leur a demandé si le fait qu'un psychiatre facture le Régime pour des séances individuelles, alors qu'il effectue une thérapie de groupe, constitue de la fraude, certains ont répondu que cela dépend de la question de savoir si cela a été fait sciemment. Un médecin trouvait qu'il s'agissait d'un comportement trompeur et inadéquat, mais il n'est pas certain si cela pouvait atteindre la

¹⁸³ Rick Ouston, «Controversial Doctor Faces Possible Loss of Privileges», dans *Vancouver Sun*, le 24 novembre 1998, p. A3.

norme de la preuve exigée par un juge.

3. Prestation de services excessifs ou inutiles

En Colombie-Britannique, il y a eu huit instances concernant la prestation de services excessifs ou inutiles et quatre en Ontario. Par exemple, le D^r Ara Artinian a facturé le Régime pour avoir administré des stéroïdes anabolisants à ses patients. Il a été déterminé qu'il avait facturé le Régime pour des services médicalement inutiles¹⁸⁴. J'ai décelé un certain nombre de cas (n'ayant pas été incorporés dans la présente analyse) dans le cadre desquels les médecins avaient dispensé des services inutiles, mais où la question de facturation n'a jamais été mentionnée.

Lorsqu'on a demandé aux médecins si la facturation de services supplémentaires n'ayant pas été dispensés ou simplement pour des services n'ayant pas été dispensés constitue de la fraude, certains d'entre eux trouvent qu'il est très difficile de répondre à cette question ou de la considérer comme un problème de caractère criminel. Dans certains cas, ils estiment que le médecin n'a simplement pas fait preuve de bon jugement et qu'il devrait rembourser le Régime. Certains médecins dissimulent au point de prétendre qu'il s'agit une question d'offrir aux patients les meilleurs soins possibles. Un médecin a déclaré qu'il s'agit de fraude, sans autre qualificatif.

4. Le faux diagnostic

Dans une certaine mesure, on peut dire que la facturation de services non dispensés constitue un faux diagnostic. Cependant, nous n'avons indiqué la présence de faux diagnostic que lorsque ce problème constituait une question contestée dans l'instance. Ainsi définis, les faux diagnostics (trois instances en Colombie-Britannique et quatre en Ontario) peuvent entraîner des problèmes très graves : non seulement il s'agit d'une instance de fraude à l'endroit des fonds publics, mais cela peut établir un dossier médical pouvant avoir des conséquences négatives sur le patient qui ne se doute de rien. Par exemple, le D^r Alexander Victor Scott a facturé au RASO [Traduction] «29 traitements de lutte contre l'alcoolisme, deux traitements pour

¹⁸⁴ *College of Physicians and Surgeons of Ontario c. Artinian*, [1992] O.C.P.S.D. n° 11, au par. 34.

une tumeur cérébrale et cinq traitements pour des problèmes d'anxiété, d'hystérie et d'épuisement nerveux [relativement à un seul patient] alors qu'aucun de ces traitements n'avait été demandé ni reçu par le client¹⁸⁵. Après y avoir consacré des efforts considérables, le patient a réussi à obtenir une ordonnance auprès du Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée, pour enlever les faux documents de son dossier¹⁸⁶. Dans une autre affaire, l'Ordre a déterminé que le D^r Ara Artinian avait facturé au Régime des traitements et des évaluations concernant des problèmes psychologiques et sexuels, services que ses patients n'ont jamais reçus et sur lesquels ils n'ont jamais parlé. Il a également facturé des traitements pour l'asthme, la dermatite, le vertige et le lumbago, services que ses patients nient avoir reçus¹⁸⁷.

Lorsqu'on a demandé aux médecins, au cours de l'entrevue, si le fait d'établir un faux diagnostic dans le but de facturer un service dispensé, mais qui n'est pas assurable, tous ont répondu qu'il s'agit de fraude. Cependant, l'un d'entre eux a répondu n'avoir jamais vu pareille chose et que les médecins devraient simplement être tenus d'obtenir une autorisation préalable pour procéder ainsi.

5. Profils de spécialisation

Certaines dispositions législatives permettent au Plan de recouvrer, auprès des médecins, tout versement excédentaire qui dépasse d'une certaine marge, les profils de spécialisation de leur cohorte (cinq cas en Colombie-Britannique, un cas en Ontario). Par exemple, il a été déterminé que le D^r Simon Wing Yip recevait ses patients, en moyenne, huit fois par année alors qu'un médecin normal ne reçoit ses patients que quatre fois par année. On a déterminé que le taux de consultations des patients du D^r Yip était le double du taux normal de consultations par patient et que l'écart type était supérieur au double de la moyenne. En appel, la Cour suprême de la Colombie-Britannique a indiqué que la détermination statuée par le *Audit Committee* (comité de vérification), à savoir qu' «il y lieu d'un écart injustifiable avec les profils de spécialisation des praticiens du même domaine de spécialisation» ne constitue pas une détermination de délinquance. [Traduction] «Les médecins sont en droit de choisir de

¹⁸⁵ Louise Elliott. «Ontario Needs Standards for Faulty Medical Files: Privacy commissioner», dans Canadian Press Newswire, le 21 mars 2001.

¹⁸⁶ *Order PO-1881-1 (Institution: Ministry of Health and Long-Term Care)*, [2001] O.I.P.C. n° 55.

¹⁸⁷ *College of Physicians and Surgeons of Ontario c. Artinian*, [1992] O.C.P.S.D. n° 11, au par. 34.

dispenser à leurs patients des soins exceptionnels et l'objectif de l'alinéa a) n'est autre que celui de limiter le montant que le Régime est tenu de payer¹⁸⁸. Parfois, au cours d'une vérification fondée sur les profils de spécialisation, on découvre que des médecins ont facturé de services plus onéreux que ceux qu'ils ont dispensés ou des services qui n'ont pas été dispensés.

C. Montant en cause

D'après les montants dont nous connaissons la valeur, en Colombie-Britannique (N = 19) la médiane s'élève à 216 164 \$ et en Ontario (N = 22) à 104 000 \$. En Colombie-Britannique (N = 19) la moyenne des montants s'élève à 297 558 \$ et en Ontario à 421 844 \$. Bien qu'en Colombie-Britannique il y ait eu cinq cas dans le cadre desquels le montant en cause dépassait 500 000 \$, en comparaison de l'Ontario, qui en avait quatre, l'Ontario avait trois cas dépassant 900 000 \$, alors que la Colombie-Britannique n'en avait aucun dépassant ce montant.

D. Procédures administratives

Comme le montre le tableau n° 5, l'information disponible dans le domaine public indique qu'en Colombie-Britannique, dans 65 p. 100 des 31 cas, on a intenté des procédures administratives, alors qu'en Ontario cela n'a eu lieu que dans 35 p.100 des 34 cas. Probablement, ces résultats dans le domaine public reflète le fait que les procédures administratives en Ontario sont plus secrètes qu'en Colombie-Britannique. En fait, si l'on considère l'attitude de tolérance zéro de l'Ontario, il est très probable que l'Ontario ait intenté des procédures administrative dans 100 p. 100 des cas. Cependant, l'on dispose pas de données suffisantes pour approfondir l'analyse quantitative de ces cas.

¹⁸⁸ *Yip c. Audit Committee, Medical Services Commission* (non publiée) le 26 janvier 1993, Cour provinciale de la Colombie-Britannique, Vancouver Registry, n° A924879, p. 13-14.

E. Procédures auprès de l'OAR

En Colombie-Britannique, l'organisme d'autoréglementation a intenté des procédures dans 35 p. 100 des cas (N = 11, dont 9 intentées par le *College of Physicians and Surgeons*; en Ontario, l'organisme d'autoréglementation a entamé des procédures dans 65 p. 100 des cas (N = 22; toutes par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. Après l'an 2000, le *College of Physicians and Surgeons* de la Colombie-Britannique n'a intenté des procédures que dans deux cas sur neuf (22 p. 100), alors que l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario a intenté des procédures dans 15 cas sur 22 (68 p. 100). De plus, les deux cas mentionnés en Colombie-Britannique ont également donné lieu à des condamnations criminelles ou quasi-criminelles. Comme cela m'a été expliqué par le *College of Physicians and Surgeons* de la Colombie-Britannique, cet ordre professionnel renvoie habituellement les cas de fraude dans le domaine de la santé à la MSC et ne se saisit que des dossiers qui comportent des problèmes concernant la qualité des services dispensés ou des dossiers ayant donné lieu à des condamnations criminelles ou quasi-criminelles pouvant soulever des questions sur la capacité du médecin de fournir des services de qualité.

De 1990 à 1997, le *College of Physicians and Surgeons* de la Colombie-Britannique a pris des mesures disciplinaires à l'encontre de cinq médecins (au moment où le programme de facturation avec intégrité BIP a été chargé de la fraude dans le domaine de la santé). Je n'ai pu trouver aucune preuve dans le domaine public démontrant que ces médecins avaient fait l'objet de poursuites criminelles. Nous avons analysé ces cinq cas afin de déterminer s'il est possible de tirer des conclusions sur la question de savoir si l'OAR a traité les incidents qu'il n'était pas adéquat de poursuivre au pénal ou s'il a effectivement détourné des incidents criminels du système de justice pénale : Il y a, d'abord, le D^r C.¹⁸⁹ qui a présenté 32 «factures inexactes... pour demander paiement d'honoraires de consultations qui n'avaient jamais eu lieu. La plupart des factures présentées au Régime concernent des consultations, dans son bureau, avec des patients qui n'ont pas reçu les services réclamés. D'autres factures concernent des

¹⁸⁹ J'emploie ici des initiales, parce que ces médecins n'ont été ni inculpés, ni condamnés d'une infraction criminelle; cependant, j'ai examiné les faits contenus dans la procédure du *College of Physicians and Surgeons* de la Colombie-Britannique. Si ces affaires avaient été examinées par un tribunal pénal, il est possible que les médecins auraient été acquittés.

consultations dans son bureau, alors qu'il avait uniquement parlé avec ses patients par téléphone.» Il a promis d'arrêter ce comportement après avoir été confronté par ses employés. Des 32 demandes, 13 ont été présentées après cette confrontation. Puis, il y a le D^r L. qui, d'après les articles publiés dans les journaux, a facturé au Régime ses rencontres sexuelles avec l'une de ses patientes; il n'a, cependant pas, consigné toutes ses visites dans le dossier de la patiente. Lorsque le médecin a interjeté appel à l'encontre de la détermination de conduite infâme et non professionnelle statuée par le *College of Physicians and Surgeons* auprès de la Cour suprême et de la Cour d'appel de la Colombie-Britannique, la question touchant à la facturation a disparu complètement de l'appel. Ensuite, il y a le D^r H. qui a été reconnu coupable, par le *College of Physicians and Surgeons*, d'avoir entretenu des relations financières avec ses patients, alors que ces derniers étaient incapables par l'effet des drogues qu'il leur prescrivait. Il a également facturé au Régime des services qui ne pouvaient pas être dispensés, p. ex. enlever les amygdales d'une personne à qui on les avait enlevées 25 ans auparavant. Le D^r T. a facturé au Régime [Traduction] «environ 150 consultations dans le cadre desquelles elle n'a pas dispensé de services ou n'a pas dispensé des services facturables auprès du Régime.» Le D^r F. a facturé au Régime des services dispensés à des membres proches de sa famille, en violation du code déontologique, et il a été tenu de rembourser ces montants. Sauf exception du dernier cas, il est difficile de comprendre comment il se fait que les médecins n'ont pas fait l'objet de poursuites criminelles ou quasi-criminelles. Après avoir enlevé aux OAR le pouvoir d'exécuter la loi en matière de facturation en 1998, le système de justice pénale n'en a pas pris la relève.

En ce qui concerne l'Ontario, cinq médecins ont démissionné ou ils ont perdu leur licence. Dix professionnels ont reçu une suspension de 3 à 18 mois (une moyenne de 7,5 mois et une médiane de 5,5 mois). Cependant, parmi ces derniers, on a réduit la durée de la suspension de six d'entre eux de 1 à 12 mois, sur certaines conditions. Sept d'entre eux ont reçu des amendes s'élevant de 3 000 \$ à 10 000 \$ (une médiane de 5 000 \$). Trois d'entre eux ont reçu l'ordre de suivre des cours de rattrapage et deux ont été assujettis à des inspections ou à des contrôles. Tous les 15 médecins ont été réprimandés et ont reçu l'ordre de payer les dépens qui s'élevaient de 1 000 \$ à 15 000 \$ (moyenne de 4 600 \$ et médiane de 2 500 \$). Seulement trois professionnels ont interjeté appel : deux appels ont été décidés à l'encontre du professionnel et l'un des appels a été rejeté partiellement.

Dans neuf cas, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario a pris des mesures de discipline à l'encontre de médecins qui avaient présenté des factures inexactes, cependant il semble qu'il n'y ait pas eu d'inculpations criminelles. Dans trois cas, l'Ordre a découvert plusieurs violations des normes pratiques, mais elle ne disposait pas de preuves suffisantes pour établir le fait que les médecins avaient facturé au RASO des services qui n'avaient pas été dispensés, qu'ils avaient présenté des factures fausses ou trompeuses. Dans un autre cas, le médecin a facturé des consultations qui avaient eu lieu le même jour, comme s'il les avait données des jours différents, mais il n'a pas facturé des services qu'il n'a pas dispensés. Dans les autres cas, il semble que les questions de facturation inexacte aient été plutôt secondaires, puisque les médecins étaient impliqués dans des questions comme l'abus sexuel ou relations sexuelles avec les patients, la violation des limites professionnelles et la prescription de médicaments inadéquats. Dans certains de ces cas, il est peu probable que les témoins aient été capables de faire face au contre-interrogatoire, s'ils avaient fait l'objet d'une poursuite criminelle. Dans ces cas, l'OAR a probablement réglé des instances de facturation inexacte qu'aucun autre tribunal n'aurait traitées. Contrairement au *College of Physicians and Surgeons* de la Colombie-Britannique avant 1997, il semble que l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario ne détourne pas l'inconduite du système de justice pénale.

F. Procédures criminelles et quasi-criminelles

Dans leurs efforts de concilier les deux définitions de la loi, à savoir [Traduction] «la loi en tant qu'arbitre juste et impartial des conflits sociaux et la loi en tant que véhicule d'inégalité en matière de genre, race et origine sociale,¹⁹⁰ Comack et Balfour étudient la manière dont les circonstances socio-structurelles (p. ex. le néo-libéralisme¹⁹¹ et le néo-conservatisme) régissent les actions des avocats qui transforment en criminels les personnes inculpées d'infractions avec violence. Selon les auteurs, la loi est un [Traduction] «terrain qui fait l'objet de maintes contestations dans le cadre desquelles se situent plusieurs discours qui produisent et reproduisent des définitions de la "vérité "»¹⁹². Les avocats caractérisent à leur façon ce qu'ils considèrent être un «crime normal»¹⁹³ ce qui influence les stratégies qu'ils emploient pour faire valoir leur position. Lorsque les délinquants ou leur comportement ne correspondent pas à ces définitions de «crime normal», les avocats emploient le discours pseudo-psychologique pour justifier la conduite des délinquants.

Comack et Balfour examinent un seul cas concernant un professionnel : il s'agit d'un chiropraticien d'âge mûr inculpé d'agression sexuelle et de facturation frauduleuse. Les avocats de la défense ont réussi à faire annuler quelques inculpations par absence de divulgation de la part de la Couronne; les autres inculpations ont été ajournées parce que l'accusé souffrait d'une dépression qui le rendait incapable d'instruire ses avocats. Finalement, lors de l'audience de détermination de la peine, les avocats de la défense, ont présenté des lettres de soutien de la collectivité et ont invoqué les répercussions psychologiques et financières dévastatrices que l'accusé et sa famille avaient déjà subies. La manière dont on justifie psychologiquement la

¹⁹⁰ Comack et Balfour, *The Power to Criminalize*, p. 10.

¹⁹¹ Par exemple, le néo-libéralisme fait porter l'attention du gouvernement sur la privatisation de la responsabilité, plutôt que sur le bien-être social et les valeurs collectives et cela a des incidences sur la stratégie des avocats; Comack et Balfour, p. 41-42; voir également Larner, Wendy. «Neo-Liberalism: Policy, Ideology, Governmentality», dans *Studies in Political Economy*, vol. 63, 2000, p. 5.

¹⁹² Comack et Balfour, *The Power to Criminalize*, p. 31. David Sudnow, «Normal Crime: Sociological Aspects of the Penal Code» dans E. Rubington et M. Weinberg (éd.), *Deviance the Interactionist Perspective*, London, Macmillan, 1968.

¹⁹³ Comack et Balfour, dans *The Power to Criminalize*, emprunte ce concept de David Sudnow, «Normal Crime : Sociological Aspects of the Penal Code», dans *Social Problems*, vol. 12, 1965, p. 255. L'homme qui tue sa mère ou la

conduite des délinquants dépend de sa classe sociale. Les sociopathes sont considérés [Traduction] «égoïstes, égocentriques, irresponsables et manipulateurs» alors qu'en ce qui concerne les professionnels [Traduction] «la conduite répréhensible est, de toute évidence, atténuée par la dépression clinique provoqués par le procès criminel»¹⁹⁴. Sur le fondement de l'analyse effectuée par Mandel au sujet du droit de la peine au Canada, Comack et Balfour suggèrent que, puisque le chiropraticien se conforme au système capitaliste en tant qu'être humain, alors il mérite et il faut lui octroyer une peine moins sévère¹⁹⁵.

Un autre facteur pouvant entrer en ligne de compte, est la manière dont les systèmes de justice pénale et les autres systèmes de droit traitent parfois les professionnels, à savoir, comme des [Traduction] «boucs émissaires» selon Daniel. Bien que les ordres professionnels soient souvent accusés de [Traduction] «protéger les leurs» et qu'elles le fassent parfois, les membres déviants sont [Traduction] «dénoncés, envoyés à l'échafaud et chassés» pour maintenir ainsi l'intégrité du corps professionnel¹⁹⁶.

En examinant l'instruction des poursuites dans le cadre des affaires de fraude dans le domaine de la santé, j'ai pris note de la façon dont les juges et les avocats ont caractérisé les délinquants et la manière dont on a invoqué des psychothérapeutes pour aider (justifier) ou vilifier l'accusé. En Colombie-Britannique, parmi les six poursuites intentées, trois l'ont été à l'encontre d'un médecin (on a également déposé des inculpations à l'égard de deux physiothérapeutes et de un optométriste). En Ontario, parmi les 15 poursuites intentées, quatorze l'ont été contre des médecins.

femme violente ne répondent pas aux normes de criminalité; Comack et Balfour, p. 59-61, p. 137 et 144.

¹⁹⁴ Comack et Balfour, *The Power to Criminalize*, p. 144.

¹⁹⁵ Comack et Balfour, *The Power to Criminalize*, p. 143, renvoie à Michael Mandel «Democracy, Class and Canadian Sentencing Law», dans E. Comack et S. Brickey (éd.), *The Social Basis of Law : Critical Readings in the Sociology of Law*, Halifax, Fernwood, 1991.

¹⁹⁶ Daniel, *Scapegoats*, p. 1-3. Généralement, on pense que les professionnels qu'on traite en bouc émissaires sont les professionnels marginaux. Cependant Daniel se concentre dans son étude sur les «médecins proéminents».

1. La Colombie-Britannique

Le D^r Richmond James Lee qui travaillait à Trail (Colombie-Britannique) en qualité d'omnipraticien et d'anesthésiste, a été inculpé de fraude en vertu du par. 3801) du *Code criminel*, ainsi que d'avoir délibérément fabriqué de faux documents en vertu du par. 3671). En 1985, il a commencé à facturer au Régime des unités de temps supplémentaires, pendant lesquelles il n'avait pas travaillé, ainsi que des services prétendument dispensés à des gens qui n'étaient pas ses patients. En quatre années, sa facturation a augmenté de 40 p. 100, et il a escroqué au système d'assurance médicale 261 687 \$. Il a plaidé coupable et, en 1992, lors de l'audience de détermination de la peine conséquente à son plaidoyer de culpabilité, le juge à décrit la fraude comme une grossière violation de la confiance, mais [Traduction] «sans aucune sophistication¹⁹⁷.

Un psychiatre a témoigné que le D^r Lee avait éprouvé beaucoup de tension dans sa vie (mariage, problèmes de travail et un fils rebelle) et que ses déficiences émotionnelles avaient causé un [Traduction] «comportement passif-agressif et, notamment, l'inexactitude de ses factures.» Le psychiatre l'a comparé aux [Traduction] «voleurs à l'étalage qui volent sans besoin ni motif apparent¹⁹⁸. Le juge a remarqué que Lee ne tirerait pas profit de son crime puisque le Plan comptait 50 p. 100 du montant des factures jusqu'à ce que le montant soit remboursé. Selon le juge, il n'était pas nécessaire de tenir compte de la dissuasion personnelle, puisque à partir de maintenant il serait surveillé de près par le Plan¹⁹⁹. Le juge a également indiqué qu'il n'était pas nécessaire de tenir compte de la réadaptation, puisque Lee avait déjà subi de l'humiliation et de la réprobation de la part de ses collègues et de la collectivité. Le juge a déclaré que ce type de fraude est [Traduction] «très rare dans la profession médicale» et que personne ne serait disposé à commettre un tel crime, tout en connaissant la punition que le D^r Lee [Traduction] «a déjà subie et, encore moins, en connaissant la punition qui l'attend.» Le juge était également convaincu que l'indulgence de la peine qu'il comptait imposer au D^r Lee ne constituerait pas un message envoyé aux maîtres de la fraude externes à la collectivité

¹⁹⁷ *R. c. Lee* (non publiée) le 27 janvier 1992, Cour provinciale de la Colombie-Britannique, Rossland, Colombie-Britannique, n^o 11480, p. 1.

¹⁹⁸ *Lee*, p. 2-3.

¹⁹⁹ *Lee*, p. 3.

médicale : [Traduction] «Les détournements de fonds des sociétés financières et des fonds fiduciaires, ainsi que les fraudes à l'endroit de l'aide sociale et de l'assurance-santé font souvent l'objet de la couverture des journaux, ainsi, toutes les personnes ayant l'intention de commettre ces méfaits doivent se guider par les peines homogènes octroyées dans le cadre de ces types génériques d'infraction²⁰⁰.

Bien que la Couronne se soit opposée, le juge de première instance a décidé d'examiner la répercussion sociale des actes de Trail, sujet qui n'a pas attiré beaucoup de spécialistes. Des spécialistes en chirurgie ont écrit des lettres au juge pour lui demander de ne pas priver la collectivité des services du D^r Lee. Le juge de première instance a statué que la peine qu'il comptait octroyer rappellerait constamment à la collectivité le fait que le D^r Lee était puni. Il a ajouté : [Traduction] «Il est clair que tous les crimes en col blanc sont traités avec sérieux et que leurs répercussions et résultats doivent être divulgués au grand public²⁰¹. Le D^r Lee a été condamné à une peine d'emprisonnement de 90 jours (devant être purgée pendant les fins de semaine), sous probation et à 500 heures de service à la collectivité.

Un éditorial du journal *Vancouver Province* a soulevé la question de savoir si une peine d'une telle indulgence, ayant peut-être favorisé la collectivité de Trail en permettant au D^r Lee de travailler pendant la semaine, une peine d'une telle indulgence, est vraiment positive pour l'ensemble de la société. L'éditorial ajoutait : [Traduction] «Qu'est-ce qu'on fait alors avec le père de famille qui a commis un vol? Doit-on lui permettre de purger sa peine pendant les fins de semaine, pour qu'il puisse continuer à travailler et maintenir sa famille?... Il y a de plus en plus de crimes commis par des cols blancs dans ce pays. Pourtant, on traite ces délinquants d'une manière très différente des délinquants au col bleu²⁰².

A la suite de sa condamnation, le *College of Physicians and Surgeons* a statué que le D^r Lee [Traduction] «avait déshonoré la profession médicale» et a enlevé son nom du registre des médecins²⁰³. On dit que le registraire a déclaré que le D^r Lee pourrait faire une demande

²⁰⁰ Lee, p. 3-4.

²⁰¹ Lee, p. 6.

²⁰² Editorial du *Vancouver Province*, le 30 janvier 1992, p. A40.

²⁰³ College of Physicians and Surgeons de la Colombie-Britannique, *1993 Annual Report*, Vancouver, College of Physicians and Surgeons, 1993, à la page 16.

pour que son nom soit réinscrit sur le registre, mais qu'il perdrait son temps s'il faisait sa demande avant un délai de une année²⁰⁴. Le D^r Lee a déménagé à Bishop's Falls (Terre-Neuve)²⁰⁵ et il est mort le 8 avril 2004 à l'âge de 67 ans²⁰⁶.

Le D^r Pradeep Kurma Verma, un omnipraticien qui travaillait à Vancouver avec des toxicomanes, a été initialement inculpé de 13 chefs d'accusation en vertu du *Règlement sur les stupéfiants* d'avoir prescrit de la codéine inadéquatement, ainsi que de huit chefs d'inculpation pour fraude en vertu du sous-alinéa 380b)(ii) du *Code criminel* (fraude dont la valeur ne dépasse pas 5 000 \$, infraction punissable par procédure sommaire) d'avoir présenté huit factures de 23,50 \$ pour des services qu'il n'avait pas dispensés²⁰⁷. Cette affaire a commencé comme une enquête sur des stupéfiants. Deux agents d'infiltration ont prétendu être des anciens toxicomanes et le D^r Verma leur a prescrit de la codéine sans effectuer les vérifications nécessaires. De plus, en sus de ces deux visites, le D^r Verma a facturé huit consultations supplémentaires qui n'ont pas eu lieu. Suite à l'émission d'une dénonciation modifiée, l'accusé a uniquement plaidé coupable à un chef d'accusation relativement à la codéine et à un chef d'accusation pour fraude au montant de 188 \$. Le conseil de la défense a fait valoir l'«incroyable» tension que le D^r Verma avait soufferte personnellement et au travail, ainsi que sa dépression et son hospitalisation dans l'unité psychiatrique d'un hôpital, à la suite des mesures disciplinaires prises par le *College of Physicians and Surgeons* (au même moment, environ, où l'on a déposé les inculpations de fraude)²⁰⁸. Bien que le juge ait exprimé des doutes au sujet de l'indulgence de la peine demandée par la Couronne et le conseil de la défense, pour cette fraude commise à l'endroit de l'assurance-santé, il a suivi leur recommandation et a imposé une amende de 500 \$ pour chaque chef d'accusation²⁰⁹.

²⁰⁴ Gordon Clark, «Trail Laments Losing Banned Doctor», dans *Vancouver Province*, le 1^{er} avril 1992, p. A4.

²⁰⁵ Le College of Physicians and Surgeons de la Colombie-Britannique a consigné cette adresse en 1996, mais il n'est pas clair à quel moment il est déménagé.

²⁰⁶ «Obituary: Remembering Richmond James Lee» (en ligne) (consulté le 27 mars 2005). Internet : www.hoskinsfuneralhomes.com.

²⁰⁷ Information Number 64501, datée au 27 mai 1993.

²⁰⁸ *R. c. Verma* (non publiée) le 6 mai 1994, Cour provinciale de la Colombie-Britannique, Vancouver, Colombie-Britannique, n° 64501C, p. 8-10.

²⁰⁹ *R.v. Verma* (non publiée) 9 mai 1994, Cour provinciale de la Colombie-Britannique, Vancouver, n° 64501C, p. 1.

Un comité du College of Physicians and Surgeons a étudié les condamnations du D^r Verma et a découvert qu'il avait également dressé un tableau médical faux concernant une autre patiente et qu'il avait émis des prescriptions au nom de cette dernière (pour le mari de la patiente) alors qu'elle n'était même pas sa patiente. En outre, il a facturé au Régime la somme de 164 \$ pour ces visites fictives. Le comité a découvert également que, après la mise à jour de ces instances de fraude, le D^r Verma avait menacé le mari physiquement et que ce dernier avait écrit une fausse déclaration pour dissimuler la fraude commise par le D^r Verma. Le conseil du College a effacé le nom du registre, après que la Cour suprême de la Colombie-Britannique ait rejeté son appel²¹⁰. Le D^r Verma est déménagé à Waterloo, en Ontario, et il a exercé la médecine jusqu'à la suspension de sa licence, en 1996, à la suite d'inculpations d'agressions sexuelles contre ses patients et de trafic de stupéfiants. Il a été condamné pour agression sexuelle en 1998 et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario lui a révoqué sa licence en 2001²¹¹.

Le D^r Paul Gerard Devlin, un psychiatre²¹² de Surrey (Colombie-Britannique) a plaidé coupable à une infraction comprise, en vertu du par. 462) de la *Medicare Protection Act* (pour avoir facturé un montant de 93 000 \$ pour des services qu'il n'était pas en droit de facturer), la Couronne, par conséquent, n'a pas déposé d'inculpations de fraude en vertu du *Code criminel*. Pendant cinq années (de 1993 jusqu'en 1997), le D^r Devlin a écrit des lettres mensongères au Plan pour leur indiquer que le revenu de sa pratique privée était suffisamment élevé pour lui donner droit à des frais plus élevés. La Couronne a recommandé l'imposition d'une amende de 100 \$ et a ajouté que le D^r Devlin serait tenu de rembourser le montant auquel il n'avait pas droit et qu'il serait effacé du registre pendant deux mois. Mais le juge a suivi les recommandations de la défense de disculper l'accusé et il a accordé au D^r Devlin six mois de libération conditionnelle.

²¹⁰ *Verma c. College of Physicians and Surgeons of British Columbia*, [1994] B.C.J. n° 2701.

²¹¹ *College of Physicians and Surgeons c. Verma*, [2001] O.C.P.S.D. n° 27. Le retard du College of Physicians and Surgeons de la Colombie-Britannique a été critiqué par les médias dans les nouvelles; voir Robert Cribb, «Doctor Loses Licence a Second Time: Earlier Convicted of Fraud in B.C. Sex Charges Lead to End of Practice», *Toronto Star*, le 7 juin 2003, p. A4; Editorial. *Toronto Star*, le 10 juin 2003, p. A22.

²¹² Tout au long de la période en cause, Devlin, qui a reçu la formation de psychiatre en Irlande, n'était inscrit que dans le registre temporaire du College en raison de son incapacité de réussir aux examens; *Devlin c. The College of Physicians and Surgeons*, [2000] B.C.J. n° 1730 (B.C.S.C.); appel interjeté par Devlin rejeté [2002] B.C.J. n° 1612 (Cour d'appel de la Colombie-Britannique).

Le juge a demandé à la défense et au procureur de la Couronne de la jurisprudence portant sur les peines que d'autres tribunaux ont imposées en la matière, cependant ces derniers semblaient réticents à lui en présenter, ils ont préféré lui dire qu'il n'y avait pas eu de décisions équivalentes en vertu de l'art. 64. Le conseil de la défense a déclaré : [Traduction] «Il y a eu quelques condamnations pour fraude en vertu du *Code criminel*, des affaires très scandaleuses, mais aucune en les mêmes circonstances.» Le juge a alors demandé la jurisprudence concernant des affaires semblables de facturation fondée sur la confiance, en suggérant notamment, l'aide juridique. Selon le conseil de la défense, les recherches résulteraient en de «nombreuses affaires» ayant été exonérées. Le procureur de la Couronne a remarqué, en passant, que le conseil de la défense (lequel portait, semble-t-il, le surnom de «M. Fraude» en honneur du nombre d'affaires de fraude qu'il avait défendues) avait eu affaire à des inculpations de fraude au bien-être social dans le passé, mais on n'a jamais exploré ce cours de la jurisprudence.

Après un ajournement d'une semaine, l'avocat de la défense a présenté au tribunal une décision non publiée, dans laquelle un employé de Canada Trust qui avait volé 130 000 \$ du compte d'un client décédé, a été libéré conditionnellement. En fin de compte, le médecin a reçu six mois de libération conditionnelle. L'affaire a pris fin en 2001 et on n'a fait aucune référence aux décisions du *D' Lee* ou du *D' Verma* (tous les deux non publiés) ni à aucune autre décision de l'Ontario²¹³. Il y a un argument faisant valoir le fait que les instances de fraude poursuivies en vertu du *Code criminel* ne sont pas pertinentes pour la détermination de la peine d'infractions quasi-criminelles poursuivies en vertu d'une loi provinciale. Le *D' Devlin* a accepté qu'on efface son nom du Plan pendant deux mois (il ne serait pas rémunéré pendant ces deux mois) et il a reçu une réprimande du *College of Physicians and Surgeons*. Le 25 mars 2005, il a été réinscrit dans le registre en qualité de directeur médical du département de psychiatrie du *Surrey Memorial Hospital*²¹⁴.

M. Milorad Stokic, psychothérapeute, a été inculpé sous 18 chefs d'accusation de fraude, en vertu de l'article 380 du *Code criminel* et de commerce de faux documents. Il a plaidé

²¹³ *R. c. Devlin*, (non publiée) le 9 et le 15 mai 2001, Cour provinciale de la Colombie-Britannique, Port Coquitlam, Colombie-Britannique, n° 61170-01.

²¹⁴ College of Physicians and Surgeons, Annuaire des médecins. Internet : www.cpsbc.ca/ (consulté le 30 janvier 2005).

coupable à quatre chefs d'accusation de fraude commise à l'endroit du Plan, de la *Insurance Corporation of British Columbia (ICBC)* et de la *Canada Life Corporation*, ainsi qu'à un chef d'accusation de commerce de faux documents. En une période de cinq années, M. Stokic a escroqué frauduleusement 35 000 \$ au Plan et 45 000 \$ à la ICBC. En ce qui concerne le Régime, il a dressé des tableaux fictifs de patients et a facturé des services qu'il n'a pas dispensés. Il a également créé des patients fictifs et des registres médicaux au nom de vraies personnes qui n'étaient pas ses patients. Lors de l'audience de détermination de la peine qui a eu lieu en octobre 1998, les représentants de la ICBC et du Régime ont présenté au juge leur Déclaration des victimes. Le représentant du Régime a déclaré qu'en raison du grand volume de factures que ses bureaux doivent traiter, le système se fie à ce que les praticiens facturent honnêtement. M. Stokic a déposé un certain nombre de lettres de témoignage de ses bonnes mœurs, lesquelles constituaient ce que le juge a appelé une «arme à double tranchant», puisqu'il avait [Traduction] «été capable de cacher son côté criminel si bien, que même les personnes qui lui étaient très proches ne se sont aperçues de rien.» Le fait que M. Stokic ait été capable de dissimuler si longtemps [Traduction] «démontre qu'il s'agit d'un homme rusé.» Bien qu'il jouisse d'une «bonne réputation» dans la collectivité, le juge a remarqué qu'il vivait dans une grande maison sans hypothèque, alors qu'il était en retard dans le paiement de la pension alimentaire des enfants et que son ex-épouse avait un cancer en phase terminale²¹⁵.

En février 1999, il a été condamné à 22 mois d'emprisonnement plus deux années de probation. L'appel interjeté à l'encontre de sa sentence a été rejeté, mais la Cour d'appel a annulé la partie du mandat d'incarcération qui prévoit que la peine doit «être purgée dans un établissement institutionnel» de manière à laisser cette question entre les mains des autorités correctionnelles²¹⁶. Puis, l'ordre des psychothérapeutes a annulé sa licence²¹⁷. Dans une poursuite séparée intentée par la ICBC, il a été rapporté que M. Stokic a accepté de rembourser 340 000 \$ à la ICBC pour avoir facturé des sommes excédentaires et des services qu'il n'a pas dispensés²¹⁸.

²¹⁵ *Stokic* aux par. 36-37.

²¹⁶ *R. c. Stokic*, [1999] B.C. J. n° 1312.

²¹⁷ College of Physical Therapists of British Columbia, «Discipline Panel Decision», dans *Update*, Hiver 2000 (en ligne). Internet : www.cptbc.org/newsletter.htm.

²¹⁸ Clare Ogilvie, «Swindler to Pay», dans *Vancouver Province*, le 31 décembre 1999, p. A34.; David Hogben, «Physiotherapist to pay ICBC \$340,000», dans *Vancouver Sun*, le 30 décembre 1999, p. B4. Cette affaire illustre la problématique de se fier aux articles de journaux. Les journaux ont rapporté que M. Stokic [Traduction] «a été

En novembre 2001, M. Chi Chiu Chen, physiothérapeute, a plaidé coupable à un chef d'accusation de fraude, au montant de 3 250,20 \$, commise à l'endroit de la ICBC et à un chef d'accusation de fraude de 32,50 \$ commise à l'endroit du Régime. La Couronne a procédé par accusation et a demandé une peine d'emprisonnement de 18 mois, comme moyen de dissuasion, mais ne s'est pas opposée à une peine conditionnelle comportant de la détention à domicile ou un couvre-feu. L'avocat de la défense a fait valoir que M. Chen avait commis une «grave erreur de jugement... et qu'il était plein de remords»; de plus, il aurait un dossier criminel pour fraude, il ferait face à des procédures disciplinaires au sein de son corps professionnel et à une poursuite civile onéreuse intentée par la ICBC. Le juge a condamné M. Chen à une amende de 1 000 \$ pour le chef d'accusation à l'endroit du Régime et une peine sous condition de six mois avec couvre-feu, pour le chef d'accusation à l'endroit de la ICBC. On lui a également donné l'ordre de payer les montants prévus dans les chefs d'accusation. Tenant compte du fait que les conditions financières de M. H. Chen [Traduction] «et tous les autres facteurs dans sa vie, souffriraient considérablement ... à la suite de cette affaire», on lui a permis de payer l'amende en juillet 2002²¹⁹. Les journaux ont rapporté que la ICBC a poursuivi M. Chen afin d'essayer de recouvrer un montant de 430 000 \$, pour avoir présenté des fausses factures au Plan qui, à son tour, a facturé ICBC²²⁰.

Le D^r Michael Ing, optométriste, a plaidé coupable d'avoir escroqué 227 247 \$ au cours d'une période de cinq années. Le D^r Ing a facturé des services qu'il n'avait pas dispensés, des tests qui n'étaient pas nécessaires et des examens approfondis, alors qu'il n'avait procédé qu'à des examens sommaires. Avant sa condamnation criminelle, le comité d'examen consacré à l'optométrie lui avait imposé une amende de 3 000 \$, des dépens de 110 000 \$ et une suspension de 20 mois (qui a été réduite à 2 mois lorsqu'il a convaincu le comité que ses connaissances et les registres qu'il avait consignés étaient satisfaisants)²²¹. Il a également restitué complètement l'argent escroqué au Régime, mais devait encore 59 000 \$ au comité

emprisonné pour avoir escroqué 300 000 \$ à la ICBC alors que l'inculpation ne mentionne que 45 000 \$; Tanner, Adrienne. «Physiotherapist admits \$430,000 fraud on ICBC», le 9 novembre 2001, p. C4. (cet article portait sur M. Chen, mais il fait aussi référence à M. Stokic).

²¹⁹ *R. c. Chen*, (non publiée) le 5 et le 20 novembre 2001, Cour provinciale de la Colombie-Britannique, Vancouver, Colombie-Britannique, n° 115882-1.

²²⁰ Tanner à la page C4.

²²¹ BC Board of Examiners in Optometry, «Discipline Hearing of Dr. Michael Ing», dans *The Examiner*, février 2001, p. 1; *R. c. Ing*, [2001] B.C.J. n° 2855 (Cour provinciale de la Colombie-Britannique), p. 13.

pour les dépens, qu'il payait mensuellement au taux de 2 000 \$. Le rapport présentiel le qualifie de travailleur infatigable qui assume le soutien de sa femme, de ses enfants, de sa mère et de son frère. Cependant, le juge a interprété ce rapport comme s'il disait que le D^r Ing «a regretté son comportement un peu tard» et qu'il n'avait pas «réfléchi en profondeur» sur sa conduite. Le juge a tenu compte du fait que Ing avait déjà été «pénalisé par deux autres tribunaux.» Il n'a pas seulement été pénalisé par le comité, mais le Régime lui a interdit de présenter des facturations pendant cinq années. La juge a écrit [Traduction] «Il a été constaté que, dans plusieurs autres affaires, surtout lorsqu'il s'agit de professionnels ou de personnes connues dans leur collectivité, que les préjudices qu'ils ont souffert en raison de la publication de l'affaire, ainsi que les amendes et les autres répercussions auxquelles ils ont été assujettis, doivent être pris en considération lors de la détermination de la peine²²². Le D^r Ing a reçu une peine d'emprisonnement avec sursis de deux ans moins un jour, six mois de détention à domicile (sauf les heures de travail et de service communautaire), l'obligation d'effectuer 72 examens oculaires dans le cadre d'une ordonnance de service communautaire, ainsi que 18 mois de probation à la suite de la peine sous condition.

Les six poursuites ont comporté d'amples négociations de plaidoyer. Dans certains cas, les faits présentés au juge de détermination de la preuve étaient beaucoup moins graves que les faits que les médias ont rapportés comme les allégations initiales. Dans deux cas, les médias ont rapporté des montants recouvrés grâce aux procédures civiles beaucoup plus élevés que les montants ayant fait l'objet des inculpations criminelles. Il semble que tous les professionnels impliqués, sauf M. Stokic aient tiré profit de leur position sociale et économique et joui de l'appui de professionnels spécialisés en psychothérapie.

²²² Ing au par. 21.

Parmi les trois médecins condamnés en Colombie-Britannique, deux d'entre eux ont reçu leur formation à l'étranger (en Inde et en Irlande), comme cela est le cas pour le physiothérapeute (éduqué en Yougoslavie, perfectionné au Canada). On n'a pas indiqué l'endroit où les optométristes avaient été éduqués, mais d'après leurs noms, il semble qu'ils soient membres d'une minorité visible; d'ailleurs, la photo de l'un d'eux qui a paru dans un journal, confirme ceci. Il est difficile de déterminer si cela indique, ou non, la présence du phénomène du bouc émissaire.

2. L'Ontario

Parmi les 15 inculpations de professionnels ayant eu lieu en Ontario (14 médecins et un chiropraticien), dans deux cas, les procédures d'inculpation ont été arrêtées et, dans un cas, le professionnel a été reconnu coupable d'avoir escroqué la commission des accidents du travail, mais non coupable d'avoir escroqué l'assurance-santé. Parmi les 12 condamnations, neuf ont été entendues par une cour provinciale et trois dans une cour supérieure. Les 12 professionnels ont plaidé leur culpabilité et ils ont tous été condamnés en vertu du *Code criminel* sauf le D^{re} Sarah Paikin, médecin de Hamilton, laquelle a été, au début, inculpée de fraude en vertu du *Code criminel*; ces inculpations ont été retirées par la suite, lorsqu'elle a plaidé coupable à une infraction prévue à l'art. 44 de la *Loi sur l'assurance-santé*. Elle a facturé 10 628 \$ au RASO, pour des services qu'elle n'avait pas le droit de facturer en vertu du barème d'honoraires. On lui a donné l'ordre de rembourser l'argent au Régime et imposé une amende de 5 000 \$, l'amende maximale prévu dans cette loi. On lui a également ordonné de payer des frais de 1 250 \$²²³. Ensuite, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, après avoir reconnu [Traduction] «qu'il s'agissait d'une affaire de manque de prudence raisonnable et non pas d'intention frauduleuse» a réprimandé le médecin et lui a ordonné de payer 3 000 \$ au ministre des Finances et 2 500 \$ à l'ordre professionnel, pour dépens²²⁴.

Trois d'entre les 12 professionnels, ont été placés en prison ou dans un établissement pénitentiaire. Le D^{re} Louis Stephen O'Connell, médecin de famille, a plaidé coupable d'avoir escroqué 100 000 \$ au RASO. Il semble que sa conduite ait été détectée parce que, parfois, il

²²³ *R. c. Paikin*, (non publiée) le 16 janvier 2001, Cour de justice de l'Ontario, Toronto (Metro North).

²²⁴ *College of Physicians and Surgeons of Ontario c. Paikin*, [2003] O.C.P.S.D. n° 36.

avait facturé plus d'heures qu'il n'y a dans une journée²²⁵. Le D^r O'Connell a été condamné à une peine d'emprisonnement de 89 jours (devant être purgée les fins de semaine), 250 heures de travail communautaire et deux années de probation. L'Ordre l'a réprimandé et lui a ordonné de payer une amende de 5 000 \$ au ministre des Finances. Il a également reçu une suspension de 180 jours, dont on enlèverait 120 jours s'il payait l'amende et les dépens de 5 000 \$ dans un délai de 30 jours et s'il effectuait 45 heures de travail communautaire auprès d'un centre de sidatiques²²⁶.

Le D^r Alexander Victor Scott, omnipraticien de la région de Kingston, rendait des consultations à domicile à des personnes recluses et à des vieillards. Il a plaidé coupable d'avoir escroqué 586 924 \$ à l'assurance-santé entre 1992 et 1999. Bien que ses fonds de retraite aient fait l'objet d'une ordonnance de confiscation, parce qu'ils proviennent d'une infraction de criminalité organisée, [Traduction] «à la suite des négociations de plaidoyer du D^r Scott, les inculpations de blanchiment de fonds et de tirer profit du produit de la criminalité ont été retirées»²²⁷. Le D^r Scott a facturé des fausses consultations et inventé des procédures faussement dispensées à ses patients. Par exemple, lorsque le D^r Scott vaccinait quelqu'un contre la grippe, il facturait une séance de psychothérapie (veuillez vous référer à notre discussion antérieure sur les faux diagnostics). En dépit du fait que le D^r Scott a déclaré avoir négligé ses finances en raison de son accoutumance aux médicaments d'ordonnance, même après avoir terminé son programme de réadaptation en 1995, il a continué sa facturation frauduleuse en raison de ses dettes. Le 8 mai 2000, le juge a adopté une soumission conjointe présentée par la Couronne et la défense et il a condamné le D^r Scott à 30 mois de prison²²⁸. Il a été mis sous semi-libération conditionnelle le 8 mars 2002²²⁹. L'Ordre a réprimandé le D^r Scott,

²²⁵ Sean Upton, «MD Jailed for Bilking Health Plan», dans le *Ottawa Citizen*, le 1^{er} septembre 1991, p. A6.

²²⁶ *College of Physicians and Surgeons of Ontario c. O'Connell*, [1994] O.C.P.S.D. n^o 5. La transcription du procès-verbal n'était plus accessible, car la division provinciale du tribunal ne les conservent que pendant une période de six années; courriel de Tricia Doran, représentante des services à la clientèle du bureau de soutien aux tribunaux, Ottawa dirigé à Joan Brockman, le 12 mars 2004.

²²⁷ Annette Phillips, «MD Gets Ban for Life in \$592K Fraud Case: College Hands Alex Scott Harshes Punishment Ever for Bilking Health System», dans *Kingston Whig-Standard*, le 3 avril 2002, p. 1. Voir également *R. c. Scott* (non publiée) le 8 mai 2000, Cour de justice de l'Ontario, Kingston, Ontario, p. 8.

²²⁸ *R. c. Scott* (non publiée) 8 mai 2000, Cour de justice de l'Ontario, Kingston, Ontario.

²²⁹ Annette Phillips, «"Island Doctor May Lose Licence" Dissiplinary Committee Hears from Dr. Alex Scott», dans *Kingston Whig-Standard*, le 31 août 2001, p. 1.

révoqué son certificat d'enregistrement et lui a ordonné de payer 2 500 \$ de dépens²³⁰.

Le 11 septembre 2002, le D^r Michael Charles Bogart a plaidé coupable d'avoir escroqué 923 780,53 \$ à l'assurance-santé, au cours d'une période de sept années (voir la discussion antérieure sur la facturation de services n'ayant pas été dispensés). Bien que le juge de première instance a eu de l'avis qu'un tel crime méritait une peine d'emprisonnement de cinq années, il a tenu compte [Traduction] «des antécédents de l'accusé, de son statut actuel, de son remords, du service continu qu'il dispense à ses patients et de son plaidoyer de culpabilité» et l'a condamné à deux années, moins un jour de travail communautaire, trois années de probation et à rembourser la somme²³¹. La Couronne a interjeté appel à l'encontre de la décision et la Cour d'appel de l'Ontario a statué que la peine était [Traduction] «clairement inappropriée.», alors que normalement un crime de ce genre est punissable d'une peine d'emprisonnement de 18 mois²³². La demande d'autorisation d'appel devant la Cour suprême du Canada a été rejetée²³³. À la suite de sa condamnation, l'Ordre des médecins et chirurgiens a rejeté l'argument présenté par le D^r Bogart, à savoir, que la fraude qu'il avait commise n'avait aucun rapport avec son aptitude à exercer la médecine et il a été déclaré que [Traduction] «la confiance et l'intégrité sont essentielles à la conclusion de l'arrangement de rémunération d'honoraires à l'acte, ainsi qu'à la relation existant entre les médecins et leurs patients.» L'Ordre a réprimandé le D^r Bogart, l'a suspendu pour une période de 18 mois (pouvant être réduite à six mois si le D^r Bogart réunissait certaines conditions), a assorti des modalités à son certificat d'enregistrement et lui a ordonné de lui payer 15 000 \$ de dépens²³⁴. Depuis du 25 avril 2005, le nom du D^r Bogart ne figure plus dans le registre de l'Ordre.

Trois d'entre les 12 professionnels, ont été condamnés à des peines d'emprisonnement avec sursis (cela signifie que les peines ont été purgées en faisant du travail communautaire). Le D^r Donald MacDiarmid, un omnipraticien d'Ajax (Ontario) a plaidé coupable, en vertu de l'al. 3801)a), d'avoir escroqué 155 675 \$ au RASO et a été condamné à 18 mois

²³⁰ *College of Physicians and Surgeons of Ontario c. Scott*, [2002] O.C.P.S.D. n° 4.

²³¹ *R. c. Bogart*, [2001] O.J. n° 2323 aux par. 16-18. La peine conditionnelle comporte 100 heures de travail communautaire.

²³² *R. c. Bogart* (2002), 167 C.C.C. (3d) 390 aux par. 41-42.

²³³ *R. c. Bogart*, [2002] S.C.C.A. n° 398.

²³⁴ *College of Physicians and Surgeons of Ontario c. Bogart*, [2001] O.C.O.S.D. n° 9 aux par. 5 et 26.

d'emprisonnement avec sursis, deux mois de probation, une amende de 100 000 \$ et 150 heures de travail communautaire. Lorsqu'il a porté la décision en appel, la Cour a annulé l'amende après avoir conclu qu'il est illégal de condamner un accusé à une peine d'emprisonnement, de probation et à une amende en même temps²³⁵. L'Ordre a suspendu le D^r MacDiarmid pendant cinq mois, lui a exigé de subir une psychothérapie intensive, lui a ordonné de payer 1 000 \$ de dépens et lui a interdit de présenter des factures au RASO pendant une période de trois années suivant sa suspension. En appel, la Cour supérieure de justice de l'Ontario a statué que l'Ordre détient le pouvoir d'interdire au D^r MacDiarmid de présenter des factures au Régime et que cette décision était raisonnable²³⁶.

En 2001, le D^r Miles Moore a plaidé coupable dans le cadre d'une inculpation de fraude de 75 000 \$ à l'encontre de l'assurance-santé déposée en vertu de l'alinéa 3801)a) du *Code criminel*. Il a été condamné à 15 mois d'emprisonnement avec sursis, assorti d'un couvre-feu commençant à 21 h et se terminant à 6 h du matin, suivi de trois années de probation et d'un ordre de rembourser les 75 000 \$²³⁷. L'Ordre l'a réprimandé, suspendu pendant 12 mois et lui a ordonné de payer une amende de 5 000 \$ et des dépens s'élevant à 2 500 \$. Il lui serait possible de réduire la suspension à six mois, à condition de payer l'amende et les dépens dans un délai de six mois à partir du premier jour de suspension²³⁸. Le D^r Moore a effectivement réuni ces conditions, ce qui a réduit sa suspension à six mois. Cependant, il a interjeté appel à l'encontre de la décision de l'Ordre en faisant valoir que le comité n'avait pas bien tenu compte du principe de proportionnalité et qu'il avait accordé trop d'importance au concept de dissuasion en prenant sa décision, en invoquant notamment une décision antérieure qui dit ainsi : [Traduction] «Le comité espère que la peine qu'il a décidé d'imposer représente une mesure de dissuasion générale et qu'elle communique bien le message que la fraude dans le domaine de la santé constitue un problème très grave et à la hausse, qui ne sera pas toléré par la profession médicale de l'Ontario.» La décision se poursuit ainsi : «le comité est préoccupé du fait que les membres de l'Ordre ne semblent pas avoir saisi notre message, puisque le nombre d'incidences

²³⁵ *R. c. MacDiarmid*, [2001] O.J. n° 243 (Cour d'appel de l'Ontario).

²³⁶ *MacDiarmid c. College of Physicians and Surgeons*, [2003] O.J. n° 277.

²³⁷ Le personnel du tribunal n'a pas pu retrouver la sténographe pour que je puisse obtenir la transcription de la décision, parce que je ne connaissais ni le nom du juge, ni le nom de la transcriptionniste. Cependant, depuis le 25 avril 2005, il semble qu'il soit possible qu'ils retrouvent cette dernière.

²³⁸ *College of Physicians and Surgeons of Ontario c. Moore*, [2002] O.C.P.S.D. n° 5.

de fraude dans le domaine de la santé continue d'être considérable»²³⁹. La Cour supérieure de justice de l'Ontario a rejeté l'appel du D^r Moore, après avoir conclu que la décision du comité «consiste en une réponse proportionnelle face à ce que semble être un problème de plus en plus important dans la profession médicale»²⁴⁰.

Le 25 octobre 1999, le D^r Gustavo Tolentino a plaidé coupable, en vertu de l'alinéa 3801)a) du *Code criminel*, d'avoir escroqué 58 120,40 \$ au RASO. Il a été condamné à une peine d'emprisonnement de 12 mois avec sursis et à rembourser la somme²⁴¹. Le 28 février 2002, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, après avoir «considéré sérieusement la possibilité de révoquer sa licence pour le punir adéquatement», a reconnu que «l'échelle de la fraude en cette affaire est plutôt limitée, comparativement aux autres affaires de fraude» : elle a donc réprimandé le D^r Tolentino et l'a suspendu pendant quatre mois²⁴².

Deux d'entre les six autres professionnels qui ont été condamnés pour une infraction, ont reçu une amende de 5 000 \$, trois d'entre eux ont reçu une peine de probation et un d'entre eux a été libéré.

Nous connaissons le pays d'origine de 11 des 12 professionnels qui ont été condamnés, seulement deux d'entre eux ont été formés à l'étranger. Leurs noms de famille ne surreprésentent pas une minorité particulière, ce qui laisserait supposer une possibilité qu'il y ait eu lieu du phénomène du bouc émissaire.

²³⁹ *Moore* 2002 aux par. 9-10; *Moore c. College of Physicians and Surgeons*, [2003] O.J. n° 5200 (Ontario Superior Court of Justice) aux par. 4-5.

²⁴⁰ *Moore* 2003, p. 12.

²⁴¹ Le personnel du tribunal n'a pas pu retrouver la sténographe pour que je puisse obtenir la transcription de la décision, parce que je ne connaissais ni le nom du juge, ni le nom de la transcriptionniste. Cependant, depuis le 25 avril 2005, il semble qu'il soit possible qu'ils retrouvent cette dernière.

²⁴² *College of Physicians and Surgeons c. Tolentino*, [2002] O.C.P.S.D. n° 2, aux par. 10 et 13.

PARTIE VI : Sommaire et conclusions

I. La différence des processus de surveillance en fonction de l'emplacement : la Colombie-Britannique et l'Ontario

En Colombie-Britannique, le Plan est géré par la MSC, dont un tiers est composé de membres de la BCMA (c.-à-d. des médecins), un tiers est composé de représentants du gouvernement et un tiers est composé de membres du public (nommés conjointement par la BCMA et le gouvernement). En 1998, on a apporté des changements structurels au processus de surveillance des factures médicales : le gouvernement a établi le plan de facturation avec intégrité BIP qui serait chargé de détecter les factures irrégulières. En même temps, l'ordre professionnel (le *College of Physicians and Surgeons*) a révoqué à ses médecins le contrôle de la fraude à l'assurance-maladie, pour qu'ils se consacrent uniquement à la formation et à l'avertissement des médecins dont la facturation dépasse les profils de facturation de leurs collègues. Le *College of Physicians and Surgeons* conserve le pouvoir de discipliner les médecins qui ont été condamnés au pénal, pour fraude à l'assurance-maladie; cependant, en Colombie-Britannique, les poursuites criminelles et quasi-criminelles sont extrêmement rares. En Ontario, l'organisation gouvernementale appelée le RASO (lequel fait partie du MSSLDO) surveille les factures et réfère les cas irréguliers au CEM (un comité de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario); il peut également référer ces cas à la police ou (depuis 1996) recouvrer les fonds directement auprès des médecins.

Le processus de facturation de la Colombie-Britannique offre aux professionnels des soins de la santé de nombreuses voies de recours leur permettant de contester toute estimation effectuée par le BIP. Tout praticien insatisfait à l'égard d'une décision du Régime peut présenter la facture de nouveau pour qu'elle fasse l'objet d'une nouvelle estimation, puis présenter une plainte devant la *MSP's Claims Billing Support Unit* pour qu'elle y soit calculée de nouveau par ses spécialistes en contentieux. Puis, la dispute peut être réglée par le règlement extrajudiciaire

des différends. S'il n'est pas possible de conclure un règlement, le médecin pourra présenter sa réclamation devant une commission de vérification avant de faire l'objet d'un recouvrement. Le profil établi en Colombie-Britannique se fonde sur l'éducation, les avertissements, la réconciliation et l'aide; si cela n'a pas de résultat, on se concentre davantage sur la récupération des fonds, plutôt que sur la poursuite et l'attribution de peines. Il semble que, dans cette province, l'ensemble des systèmes gouvernemental, professionnel et pénal touchant à la fraude dans le domaine de la santé, baignent dans la culture de la non-incrimination.

En Ontario, le processus est beaucoup moins indulgent que celui de la Colombie-Britannique. Les professionnels sont tenus de présenter des factures exactes. De plus, on ne leur fournit pas de profils de facturation auxquels ils peuvent ajuster leur facturation, pour éviter ainsi des vérifications fondées sur des profils de spécialisation. En outre, en 1997, on mis en place, en Ontario, une approche préconisant un degré de tolérance zéro envers la fraude et, parallèlement, on a mis sur pied une unité de police spéciale chargée d'enquêter la fraude dans le domaine de la santé. Cependant, en janvier 2003, à la suite des plaintes de médecins qui se sentaient victimisés lors de l'exécution de la loi, on a mis en place un processus de règlement moins officiel (le OPRP) régi par un comité d'éducation et de prévention. Toutes les activités de mise à exécution de la loi du CEM ont été suspendues jusqu'à ce que l'examen du juge Cory soit achevé et considéré.

Bien qu'en Colombie-Britannique, l'établissement du *Billing Integrity Program (BIP)* (programme de facturation avec intégrité) ait permis de transférer la surveillance de la facturation laquelle était entre les mains de l'organisme professionnel, vers un profil de gestion gouvernemental, les médecins restent en contrôle de l'ensemble du processus, à partir de la MSC, jusqu'aux enquêtes du BIP et de la prise de décision en matière de vérification. Seulement en apparence, le processus semble relever de répression et de la responsabilité bureaucratique du gouvernement; cependant, toutes les étapes décisionnelles sont entre les mains de médecins. En Ontario, les médecins sont surveillés par un appareil bureaucratique gouvernemental (le RASO), cependant l'OAR (par l'intermédiaire du CEM) conserve des pouvoirs décisionnels en ce qui concerne les problèmes de facturation. Par conséquent, l'OAR est tenu responsable chaque fois que des médecins violent la confiance publique en présentant des factures frauduleuses. L'organisme gouvernemental, le RASO et la nouvelle unité policière mise sur pied récemment, jouent un rôle actif dans la poursuite des instances de fraude dans le domaine de la santé dans le cadre du système de justice pénale. L'OAR n'a pas d'autre choix

que de discipliner les médecins ayant été condamnés au pénal pour fraude à l'endroit de l'assurance-santé.

Quant aux médecins de la Colombie-Britannique, ils ne sont pas assujettis à une mise à exécution plus sévère qu'auparavant, même après que leur OAR a perdu le pouvoir de surveiller les cas de facturation irrégulière, lequel pouvoir relève maintenant du programme du gouvernement BIP. On pourrait faire valoir que l'OAR aurait une capacité supérieure d'exécuter la loi (et peut-être également d'exercer de la pression sur les médecins) s'il détenait encore ces pouvoirs exécutoires (et justifier l'autoréglementation en acheminant les cas). Même si les médecins travaillant pour le *Billing Integrity Program* sont en charge d'accomplir presque les mêmes tâches qui incombaient auparavant aux médecins de l'OAR, lorsque ce dernier était chargé de surveiller les pratiques de facturation, lorsque des cas de fraude sont disséminés par les médias, toute la pression tombe sur l'organisme gouvernemental et moins sur l'OAR. En Ontario, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario est, à la fois, très critiqué par le CEM de ne pas être en mesure de surveiller la fraude, et par les médecins qui l'accusent d'exécuter trop agressivement les règles de facturation.

II. La différence d'exécution de la loi en fonction de l'emplacement : la Colombie-Britannique et l'Ontario

En dépit de la différence structurelle des organismes gouvernementaux, les sommes qu'elles recouvrent sont comparables. En Colombie-Britannique, le *Audit Committee* (comité de vérification) lequel est composé de représentants du gouvernement, des médecins et du public, a ordonné à 59 médecins (une moyenne de 12 médecins par année) de rembourser 4 078 112 \$ (une moyenne de 69 120 \$ par médecin) au Régime, de 1998 à 2003. En Ontario, de 1991 jusqu'en 2002, le *CEM*, un comité de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, composé de 18 médecins et de six membres du public, a recommandé le recouvrement, auprès de 548 médecins (une moyenne de 49,8 médecins par année), de 36 millions de dollars (une moyenne de 66 449 \$ par médecin). Le régime de l'Ontario, qui comporte 3,8 fois plus de médecins que celui de la Colombie-Britannique, a recommandé un montant de recouvrement quatre fois plus élevé²⁴³. La proportion de médecins ayant été soumis à des ordonnances administratives ou à des recommandations, ainsi que les montants de recouvrement, sont semblables dans les deux provinces. Certains de ces chiffres sont contrôlés artificiellement par le fait que le nombre de vérifications effectuées chaque année est limité dans chaque province.

Entre 1990 et 1997, le College of Physicians and Surgeons de la Colombie-Britannique a traité sommairement sept affaires de facturation irrégulière et sept autres cas comportant, à la fois, des problèmes de facturation irrégulière et des registres insuffisants. Le College n'a rapporté aucun cas de facturation irrégulière ultérieure à la mise en place du BIP. Cependant, il a dû s'occuper de trois affaires de fraude financière, dont deux ont fait l'objet d'inculpations en vertu de la *Medical Practitioners Act*. Le College fait valoir que le Billing Integrity Program (BIP) (programme de facturation avec intégrité) est mieux placé pour traiter les instances de facturation irrégulière ou frauduleuse. Quant à lui, il se limite à prendre des mesures lorsqu'il est question de la qualité des services ou lorsqu'un médecin est condamné d'une infraction criminelle ou quasi-criminelle. Le College of Physicians and Surgeons ne publie pas de données

²⁴³ Ce rapport se fonde sur la base des données de l'Ontario, qui comptait 37 214 médecins le 26 septembre 2004 et sur celle de la Colombie-Britannique, qui comptait 9 799 médecins le 25 janvier 2005.

statistiques annuelles sur ses réalisations.

De 1990 jusqu'en 2003, il y a eu, en Colombie-Britannique, 31 affaires et 37 poursuites, et, en Ontario, 34 affaires et 49 poursuites dans le cadre desquelles le nom du professionnel a été disséminé dans le domaine public à la suite de procédures administratives, professionnelles, criminelles ou quasi-criminelles intentées entre 1990 et 2003. Les OAR de l'Ontario ont pris une plus grande proportion de mesures disciplinaires ($22/34 = 65$ p. 100) que les OAR de la Colombie-Britannique ($11/31 = 35$ p. 100). On a intenté une plus grande proportion de poursuites criminelles en Ontario ($15/34 = 44$ p. 100) qu'en Colombie-Britannique ($6/31 = 19$ p. 100). En ce qui concerne les procédures multiples, parmi les 31 affaires de la Colombie-Britannique, cinq d'entre elles (16 p. 100), en comparaison de 12 affaires sur 34 (35 p. 100) ont donné lieu, à la fois, à des procédures au sein de l'OAR et à des poursuites criminelles ou quasi-criminelles.

De 1990 à 2003, il y a eu, en Colombie-Britannique, six poursuites criminelles ou quasi-criminelles avec condamnation, alors qu'en Ontario, on a intenté 15 poursuites qui ont donné lieu à 12 condamnations. En Colombie-Britannique, seulement trois des six poursuites ont été intentées à l'encontre de médecins; en Ontario, 14 poursuites sur 15 ont été intentées à l'encontre de médecins (4,7 fois plus qu'en Colombie-Britannique). Tous les accusés étaient de sexe masculin, sauf exception d'une femme.

Bien qu'il n'y ait eu que six poursuites en Colombie-Britannique, il semble que l'on ait régulièrement eu recours à des négociations de plaider ce qui a permis d'atténuer considérablement les faits présentés au tribunal, lesquels sont devenus beaucoup moins graves que les allégations publiées par les médias. Dans deux cas, les montants recouverts à la suite de procédures civiles sont beaucoup plus importants que les montants qui ont fait l'objet des poursuites criminelles. Il semble que les peines attribuées aient été plutôt indulgentes et que les commentaires des juges aient été, sauf dans un cas, relativement compatissants envers la détresse des professionnels de la santé ayant été condamnés. En Ontario, les négociations de plaider ont également constitué un facteur important; cependant, en ce qui concerne la détermination de la peine, les professionnels de l'Ontario ne s'en sont pas tirés à également bon compte que leurs collègues de la Colombie-Britannique.

Deux tiers des médecins qui ont été condamnés en Colombie-Britannique, ont effectué leurs études professionnelles à l'étranger (Inde et Irlande), comme c'est le cas du physiothérapeute (Yougoslavie, perfectionné au Canada). Il n'y a pas d'indication sur l'endroit où les optométristes ont étudié; les deux, cependant, portent des noms qui semblent indiquer qu'ils sont des membres de minorités visibles et la photographie de l'un d'eux, laquelle a paru dans un journal, semble confirmer ce fait. En ce qui concerne les 12 professionnels condamnés en Ontario, on connaît l'endroit où 11 d'entre eux ont étudié et seulement deux d'entre eux ont étudié à l'étranger. Les noms de famille des professionnels condamnés en Ontario n'indiquent pas la prépondérance d'une minorité quelconque. Il est difficile de déterminer si cela reflète la présence du phénomène de bouc émissaire.

III. La différence de l'emplacement : la fraude dans le domaine de la santé et la fraude à l'endroit de l'aide sociale

En 1996, la page éditoriale du *Vancouver Sun* opinait ainsi : [Traduction] «le contraste entre le dorlotement différentiel des médecins et le traitement des personnes soupçonnées d'abus de l'aide sociale est remarquable» et «suffit presque à démontrer qu'il y a une loi pour les riches et une loi pour les pauvres²⁴⁴. Intuitivement, on peut estimer que la fraude dans le domaine de la santé comporte plus de turpitude morale que la fraude à l'endroit de l'aide sociale, mais il semble que le contraire soit vrai. L'importance de l'emplacement social du délinquant est si prépondérante, qu'il semblerait que le caractère du délinquant semble caractériser l'infraction²⁴⁵. La différence de traitement à l'égard de délinquants qui ont commis le même crime, selon sa définition légale, confirme la thèse de Sutherland qu'il est nécessaire d'établir une définition du crime sociale, plutôt qu'une définition simplement légale. Une personne ayant relu une version antérieure de la présente étude, illustre la définition sociale de crime dans le cadre de problèmes concernant le traitement égal de la fraude à l'endroit de l'aide sociale et de la fraude en col blanc.

[Traduction]

Égalité de quoi? De la fraude? Punissable? Pauvreté? Culpabilité? Le même traitement serait-il adéquat dans l'autre cas? La possibilité des bénéficiaires de l'aide sociale de rembourser l'argent est extrêmement limitée. Devons-nous accorder des traitements différents afin de les traiter avec équité dans cette situation? Ne devons-nous pas reconnaître que les bénéficiaires de l'aide sociale ne se trouvent pas dans le même emplacement socioéconomique? ... S'agit-il

²⁴⁴ Éditorial. «Doctored Billing : With little Check on the Payment claims MDs put in, the Possibility of Overpayments Runs Feverishly High», dans *Vancouver Sun*, le 23 décembre 1996, p. A10. Le concept d'une loi pour les riches et une loi pour les pauvres a également été mentionné lors de la détermination de la peine du D' Bogart; Éditorial. «Doctor's Fraud Merited Jail Time», dans *Kingston Whig - Standard*, le 19 juin 2001, p. 6; Editorial, Éditorial. «Uneven Scales of Justice», dans le *Ottawa Citizen*, le 18 juin 2001, p. A12.

²⁴⁵ Selon Dorothy E. Chunn et Shelley A. M. Gavigan, «"We all live in Bhopal": Criminology Discovers Environmental Crime», dans Susan C. Boyd, Dorothy E. Chunn, et Robert Menzies (éd.), *Toxic Criminology : Environment, Law and the State in Canada*, Halifax, Fernwood Publishing, 2002, l'image de la fraude contre l'aide sociale s'est convertie en l'image que l'aide sociale est une fraude.

d'une simple distinction de la manière dont un crime est conçu et traité, en fonction du côté du rapport de dépendance dans lequel il se trouve? Il y a une partie de commerce dans un système capitaliste et l'autre sert de soutien économique à ceux qui ne font pas partie d'opérations capitalistes.

Le tableau n° 7 offre un aperçu sommaire de mes impressions sur les différences qui existent entre la fraude contre l'aide sociale²⁴⁶ et la fraude commise par les professionnels de la santé. Il y a définitivement une différence qui concerne l'identité de ces personnes (femmes et hommes appauvris, comparativement à des hommes privilégiés) et la façon dont le public les perçoit (paresseux, dépendants, «ne méritent rien», comparativement à travailleurs, sous-rémunérés et dignes de mérite). En ce qui concerne le droit, on se fonde sur la complexité des lois pour attaquer les inculpés qui bénéficient de l'assistance car ils sont présumés connaître la loi, alors qu'on invoque la même complexité des lois pour disculper les professionnels de la santé impliqués dans la fraude. En dépit de la responsabilité individuelle qui découle de l'approche néo-libérale à l'égard de la fraude contre l'aide sociale, les médecins, dans une certaine mesure, trouvent le moyen de jeter le blâme sur le système.

En ce qui concerne la pratique du droit, les bénéficiaires de l'assistance font l'objet de surveillance, alors que les professionnels de la santé reçoivent de la formation, en Colombie-Britannique plus qu'en Ontario. L'Ontario, cependant, a récemment adopté des programmes didactiques destinés aux médecins au sujet de la facturation. Les mesures administratives (p. ex. l'annulation de l'admissibilité contre l'aide sociale) prises à l'encontre des bénéficiaires de l'aide sociale ont des conséquences cruelles et ces personnes disposent de peu de pouvoir pour s'y opposer. Selon une personne qui a relu une version antérieure de cette étude, compte tenu des mesures administratives punitives informelles prises contre les bénéficiaires de l'aide sociale, le droit pénal pourrait peut-être représenter le moyen d'établir l'égalité entre les riches et les pauvres et de rapprocher l'écart démocratique qui existe entre ces deux groupes.

Une fois inculpés dans le cadre du système pénal, les bénéficiaires de l'aide sociale peuvent être reconnus coupables sur le fondement d'éléments de preuve que leurs avocats ne

²⁴⁶ L'information sur notre façon de traiter la fraude contre l'aide sociale provient de Dianne L. Martin, «Passing the Buck : Prosecution of Welfare Fraud; Preservation of Stereotypes», dans *Windsor Yearbook Access to Justice*, vol. 12, 1992, p. 52. (qui est un peu vieilli, mais il n'est pas clair si la situation a beaucoup changé); Chunn et Gavigan, «Welfare Law»; et Janet Mosher et Joe Hermer «The Constitution of Welfare Fraud as Crime», dans Commission du droit du Canada, 2005.

contestent pratiquement pas, ou très peu. Les frais d'exécution de la loi pénale à l'encontre des bénéficiaires de l'aide sociale sont minimes si on les compare aux frais de poursuite des professionnels qui peuvent se permettre d'engager les meilleurs avocats pour contester chaque élément de la thèse de la poursuite ou pour négocier un plaidoyer afin d'atténuer les conséquences de caractère pénal. On ne tient pas compte de l'ampleur du coût social et économique que les bénéficiaires de l'aide sociale doivent subir, alors que l'ampleur du coût social et économique qui pèse sur les professionnels est reconnu. Les bénéficiaires de l'aide sociale sont beaucoup moins puissants que les professionnels lorsqu'il s'agit d'influencer les règles qui seront établies et la manière dont elles seront mises à exécution.

Tableau n° 7

Comparaison entre le traitement de la fraude à l'endroit de l'aide sociale et le traitement de la fraude à l'endroit de l'assurance-santé

Fraude à l'endroit de l'aide sociale	Fraude à l'endroit de l'assurance-santé
– généralement, femmes et hommes appauvris	– généralement, hommes privilégiés
– perçus par le public comme «paresseux, dépendants, sans discipline et sans éthique du travail»	– perçus comme travailleurs acharnés et sous-rémunérés
– ne méritent rien	– dignes de mérite
– n'ont pas le droit	– ont tous les droits
– poursuites criminelles : doivent rembourser – prison	– Colombie-Britannique : doivent rembourser, peut-être -Ontario : poursuite pénale et doivent rembourser
– la complexité de la loi est employée à l'encontre du délinquant – la fraude «technique» = de la fraude	– la complexité de la loi est employée en faveur du délinquant – la fraude «technique» = une erreur

– fraude définie au sens large – paiements excédentaires; toutes les infractions perçues comme frauduleuses	– fraude définie dans son sens strict – application stricte de la loi
– surveillance – aucune confiance	– formation en matière de facturation – confiance
– exécution pénale peu coûteuse pour le système (les coûts élevés pour l'individu ne sont pas considérés)	– exécution pénale coûteuse pour le système (les coûts élevés pour l'individu sont considérés)
– difficultés de remboursement	– le remboursement est parfois exigé au lieu de poursuite pénale; remboursement moins facile
– condamnation par la collectivité; pas de pouvoir de changer la perception du public	– soutien de la collectivité; pouvoir de changer la perception du public
– mouchard de l'aide sociale	– pas d'insulte équivalente
– représentation juridique «tragique» ou absente	– la meilleure représentation juridique
– le contexte social n'est pas considéré pertinent – responsabilité individuelle	– le contexte social est un facteur
– pas de pouvoir d'influencer les règles, l'exécution ou la perception du public	– pouvoir d'influencer les règles, l'exécution ou la perception du public
– visent la condamnation morale	– visent la dissuasion
– marchent sur des œufs ²⁴⁷	– marchent sur l'eau?

²⁴⁷ Expression empruntée de Janet Mosher, Patricia Evans, Margaret Little, Eileen Morrow, Jo-Anne Boulding et Nancy VanderPlaats, *Walking on Eggshells, Abused Women's Experiences of Ontario's Welfare System*, Toronto, Final Report of Research Findings from the Woman and Abuse Welfare Research Project, avril 2004.

Après avoir étudié la situation aux États-Unis, M. McKnight écrit ainsi : [Traduction] «une mère au revenu limité reçoit 1 \$ de revenu par rapport à 1,50 \$ en soins médicaux» alors «qu'il est parfaitement clair que la cause principale de ses problèmes de santé est son revenu limité.» Il ajoute que la réponse de la société à «son horrible pauvreté est un placement de plus en plus important dans la technologie médicale²⁴⁸. J'ai essayé de déterminer si les professionnels de la santé préfèrent utiliser des patients provenant de la classe pauvre ou des travailleurs, plutôt que des patients provenant des classes haute et moyenne, dans le cadre de leurs activités de fraude. La plupart du temps, il a été impossible d'accéder à cette information. Lorsque cela a été possible, l'information indiquait que 19 p. 100 des professionnels de la Colombie-Britannique et 15 p. 100 des professionnels de l'Ontario, dont les noms étaient disponibles dans le domaine public, avaient des patients pauvres, âgés ou provenant de la classe moyenne. Il n'y avait pas d'information sur le type de patients des autres professionnels, alors nous ne disposons pas de preuves convaincantes sur cette thèse. Même si la plupart des professionnels qui ont fait l'objet de poursuites ou de mesures de discipline travaillent auprès des moins puissants, il aurait été plutôt difficile de déterminer si ces professionnels profitent des moins puissants ou si les professionnels qui travaillent auprès des moins puissants sont les boucs émissaires de leur profession.

IV. Leçons tirées des crimes commis par les puissants

La plupart des gens ont l'impression (probablement correcte) que les cols blancs impliqués dans des crimes sont traités avec plus d'indulgence que les criminels qui s'adonnent aux crimes de la rue. Je crois qu'il s'agit d'une proposition véridique au Canada, même si certains universitaires américains ont essayé de démontrer que l'approche américaine à l'égard du crime en col blanc et du crime au sein des sociétés est très stricte²⁴⁹. Il existe deux moyens de réduire la discrimination entre les deux types de crime ou de criminels. La première est d'instituer l'approche que l'on croit exister aux États-Unis, la deuxième est d'explorer les moyens

²⁴⁸ John McKnight, *The Careless Society : Community and Its Counterfeits*, New York, Basic Books, 1995, p. 9.

²⁴⁹ Voir, par exemple, Sally S. Simpson, *Corporate Crime, Law, and Social Control*, Cambridge, Royaume-Uni, Cambridge University Press, 2002, p. 10-21. De son côté, Darryl K. Brown, «Street Crime, Corporate Crime, and the Contingency of Criminal Liability», dans *University of Pennsylvania Law Review*, vol. 149, n° 5, 2001, p. 1295 affirme : «En comparaison, le droit pénal n'est qu'un outil inefficace pour corriger les méfaits des cols blancs. Par contraste, le droit pénal est l'outil principal dans le cadre des crimes de la rue.

de transférer la compassion dont on fait preuve à l'égard des cols blancs, aux criminels que l'on appelle les «criminels de la rue».

Il existe deux bonnes raisons pour choisir la deuxième solution, qui s'oppose à la pénalisation supplémentaire des cols blancs impliqués dans des crimes. Alvesalo et Tombs font valoir que, si l'on pénalise davantage le crime en col blanc, cela pourrait provoquer une [Traduction] «multiplication excessive du crime» et «alimenter la machine de la lutte contre le crime»²⁵⁰. Une telle approche pourrait légitimiser davantage le système des préjugés de classe [Traduction] «en donnant l'apparence que même les personnes les plus riches et les plus puissantes peuvent être assujetties au contrôle de l'État». De plus, les ressources affectées à l'exécution de la loi contre eux pourraient ainsi être dirigées aux délinquants plus conventionnels²⁵¹. Par exemple, dans le cadre de la présente étude, il vaudrait mieux affecter les ressources affectées à la fraude dans le domaine de la santé aux consommateurs des services de santé, plutôt qu'aux fournisseurs des services de santé, puisqu'il est plus facile d'exécuter la loi contre ces consommateurs.

Selon Alvesalo et Tombs, si l'on apporte des modifications au système en place afin de faciliter les enquêtes et les poursuites à l'encontre des crimes sophistiqués en col blanc en accordant aux agents de l'État de nouveaux pouvoirs envahissants ou si l'on renverse la charge de la preuve, il est possible que ces mesures soient un jour employées à l'encontre des délinquants provenant des classes inférieures. Même dans le cadre de la lutte contre le crime en col blanc, les mesures de répression social pourraient être employées contre les moins puissants, plutôt que contre les délinquants plus raffinés²⁵². En outre, si l'on se concentre trop sur le droit criminel, cela peut brouiller le besoin de trouver des solutions non criminelles pour lutter contre ce mal. Finalement, les croisades de lutte contre le crime économique peuvent être [Traduction] «employées comme des chevaux de Troie pour amplifier la portée de l'arsenal

²⁵⁰ Anne Alvesalo et Steve Tombs, «Working for Criminalization of Economic Offending : Contradictions for Critical Criminology?», dans *Critical Criminology*, vol. 11, 2002, p. 21, 30. Ils examinent ces questions relativement à leur travail d'élaboration de politiques pour la Finlande, sur l'imposition de peines de nature criminelle dans le cadre de crimes financiers. Ils définissent la criminalité financière comme comportant les crimes des sociétés et les crimes des cols blancs.

²⁵¹ Alvesalo et Tombs, «Working for Criminalization», p. 31.

²⁵² Alvesalo et Tombs, «Working for Criminalization», p. 32. Cela peut être un aspect du phénomène du bouc-émissaire, tel qu'il est décrit par Daniel dans *Scapegoats*.

répressif de l'État»²⁵³. L'incrimination des conduites peut causer plus de tort que de bien, de la même façon que les interventions médicales peuvent nuire aux patients (iatrogénèse), l'intervention juridique peut avoir des conséquences négatives (l'effet juridogénique)²⁵⁴.

À la fois la «pyramide du crime» de Greer et Hagan et le «prisme du crime» d'Henry et Lanier (mentionnés dans l'introduction) prennent pour hypothèse qu'il faut un consensus généralisé sur une conduite avant que celle-ci ne soit considérée un crime. Cela peut être vrai dans le cadre de l'élargissement du droit pénal, cependant, il est extrêmement difficile de renverser les conduites criminelles, particulièrement celles adoptées par les moins puissants²⁵⁵, même avec l'appui du consensus social. Il faut tenir compte de la résistance considérable à laquelle il faut faire face lors de la décriminalisation d'une conduite, pour être en mesure de définir le crime. La résistance à la décriminalisation est probablement plus forte actuellement qu'elle ne l'a jamais été. L'industrie de répression du crime constitue la résistance la plus importante et il s'agit d'un commerce florissant dans notre société. Comme le disent Hillyard et Tombs [Traduction] «l'industrie de répression du crime constitue une force puissante et indépendante; elle a intérêt à qualifier les événements comme des crimes»²⁵⁶. L'industrie du crime comprend les policiers et enquêteurs publics et privés, l'industrie des prisons et le nombre grandissant des professionnels qui gagnent leur vie dans l'industrie de répression du crime : les psychiatres, les psychologues, les spécialistes du profilage, les criminologues, les avocats, les travailleurs sociaux, les agents de probation, les agents de libération conditionnelle, les juges, entre autres.

²⁵³ Alvesalo et Tombs, «Working for Criminalization», p. 32-33. En dépit de ces malentendus, les auteurs se portent en faveur de l'incrimination des crimes financiers.

²⁵⁴ Carol Smart, *Feminism and the Power of Law*, London, Routledge, 1989, telle qu'elle est citée dans Comack et Balfour, *The Power to Criminalize*, p. 176, donne un exemple historique des effets juridogéniques lors de la prohibition; un exemple actuel serait l'incrimination de la consommation de drogues. Voir également l'exemple cité à la note 10.

²⁵⁵ Pour voir la facilité avec laquelle les sociétés ont réussi à décriminaliser et à normaliser des conduites, voir Laureen Snider, «Towards Safer Societies», dans *British Journal of Criminology*, vol. 38, n° 1, 1998, p. 1; Laureen Snider, «Abusing Corporate Power : The Death of a Concept» dans Susan C. Boyd, Dorothy E. Chunn et Robert Menzies (éd.) *[A]busing Power : The Canadian Experience*, Halifax, Fernwood Publishing 2001, p. 112; et Laureen Snider, «The sociology of Corporate Crime : An Obituary: (or: Whose Knowledge Claims have Legs?)», dans *Theoretical Criminology*, vol. 4, n° 2, 2000, p. 169.

²⁵⁶ Hillyard et Tombs, «Beyond Criminology», p. 18.

Le problème de l'industrie du crime est directement lié à ce que M. McKnight appelle le [Traduction] «problème professionnel». Il donne de nombreux exemples ce qu'il appelle la [Traduction] «contre-productivité précise». Non seulement certains services n'exercent pas l'effet voulu, mais ils peuvent tout aussi bien produire l'effet inverse. M. McKnight écrit : [Traduction] «ainsi, on peut imaginer une médecine qui nous rende malade, des écoles qui nous rendent bêtes, des systèmes correctionnels qui nous criminalisent²⁵⁷. Il estime que «les professionnels se servent de la propagation de la croyance en l'expertise des spécialistes pour détruire l'unité sociale et traiter les citoyens comme des simples clients²⁵⁸. Les répercussions de cet état de choses constituent l'essence du problème professionnel : [Traduction] «les pauvres sont qualifiés de déficients par ceux dont les revenus dépendent de la déficience ainsi définie²⁵⁹. Les mots «malade», «criminel», «inapte» et d'autres encore peuvent servir à remplacer les nombreux problèmes créés par les activités des professionnels qui vivent aux dépens de ceux qu'ils définissent comme nécessitant leurs services.

La variété et le nombre grandissants de professionnels qui sont produits exigent que nous fabriquions des besoins pour les garder occupés²⁶⁰. Le problème professionnel du système de justice pénale devient de plus en plus évident. Les facultés de psychologie produisent de plus en plus de diplômés qui effectuent des évaluations de risque dont la qualité est douteuse, auprès de beaucoup de personnes qui seront enfermées ou traitées pour des conduites qui n'auraient pas dû être criminalisées. Les départements de criminologie produisent de plus en plus de diplômés qui s'attendent à obtenir des postes dans le système de justice pénale. Selon le mantra du professeur Young, il y a [Traduction] «trop de soldats et pas assez de paix. Trop de policiers et pas assez de liberté. Trop d'avocats et pas assez de justice²⁶¹. On pourrait ajouter beaucoup plus : Trop de médecins et pas assez de santé. Trop d'experts et pas

²⁵⁷ McKnight, *The Careless Society*, p. 8. À la page 17, il reconnaît l'influence de la discussion d'Ivan Illich sur les [Traduction] «capacités iatrogéniques des professionnels», de la description proposée par Peter Berger et Richard Neuhaus de la [Traduction] «la décadence des structures sociales primaires facilitée par le professionnalisme moderne» et d'autres.

²⁵⁸ McKnight, *The Careless Society*, p. 10.

²⁵⁹ McKnight, *The Careless Society*, p. 18.

²⁶⁰ McKnight, *The Careless Society*, fait valoir qu'en 1900, seulement 10 p. 100 de la main d'œuvre des États-Unis travaillait dans l'industrie des services, alors qu'en 2000 on anticipe que 90 p. 100 de la main d'œuvre travaille dans ce domaine.

²⁶¹ Young, *Justice Denied*, p. 316.

assez de cohésion sociale. Pour répondre à la question soulevée par la Commission du droit du Canada, à savoir : «Qui tire profit de l'étiquetage des conduites en tant que crimes?» On pourrait dresser une liste de toutes les métiers conçus pour contrôler et, dans certains cas, pour nourrir le crime. Les «définitions de problème» sont la réponse-clé à la question «Qu'est-ce qu'un crime?» Si l'on examine, d'un point de vue critique, le travail des «définisseurs de problèmes», il est possible que ce soit le meilleur moyen de réduire la criminalité dans notre société. Cependant, M. McKnight nous avertit que les politiciens ne veulent pas entendre cela au sujet [Traduction] «des plus privilégiés de notre société ... qui s'attendent à exercer des fonctions et jouir du prestige associé du travail professionnel²⁶². L'industrie de répression du crime non seulement produit beaucoup de professionnels, mais elle les garde également à son emploi et participe à la ré-élection des gouvernements²⁶³.

Les départements des facultés qui produisent de plus en plus de professionnels prêts à remplir le nombre grandissant de postes de répression du crime sont les vrais coupables de l'industrie de répression du crime et du problème professionnel. Selon certains critiques, les programmes de droit pénal et de criminologie font partie du problème. Selon M. Robinson, par exemple, l'approche la plus appropriée pour réduire les répercussions négatives au problème de consommation de drogue serait de [Traduction] «diminuer l'intervention de la police, diminuer l'intervention de l'armée, diminuer les condamnations et les peines pour les personnes qui abusent de la drogue. Cela signifierait aussi moins de postes dans le système de justice»²⁶⁴. Il conclut que, si l'on continue de nourrir l'industrie du crime avec plus et plus de diplômés, on peut faire plus de mal que de bien. Selon Hillyard et Tombs [Traduction] «le crime légitimise l'élargissement de répression du crime»²⁶⁵. Comme l'avertissent Hillyard et Tombs, la présence de boucs émissaires dans l'arène du crime en col blanc peut simplement renforcer l'industrie de répression du crime.

Selon certaines critiques, parce que la criminologie est surgie de la recherche des causes (et donc les remèdes) de la criminalité auprès de l'individu, des décennies de résistance

²⁶² McKnight, *The Careless Society*, p. 22.

²⁶³ Matthew B. Robinson, «Wither Criminal Justice? An Argument for a Reformed Discipline», dans *Critical Criminology*, vol. 10, 2001, p. 97-98.

²⁶⁴ Robinson, «Wither Criminal Justice?», p. 103.

²⁶⁵ Hillyard et Tombs, «Beyond Criminology», p. 17.

au sein de cette discipline n'ont rien pu changer au fait qu'étudier la criminologie signifie reproduire et accentuer l'inégalité sociale et économique²⁶⁶. La criminologie qui s'est tissée une «relation intime avec le pouvoir» fait partie du problème. Selon ces critiques, si l'on se concentre sur le préjudice social [Traduction] «on doit d'abord se concentrer sur les origines sociales du mal et sur les structures qui produisent et reproduisent ces maux²⁶⁷.

²⁶⁶ Hillyard et Tombs, «Beyond Criminology», p. 28; Paddy Hillyard, Christina Pantazis, Steve Tombs et Dave Gordon, «Conclusion: 'Social Harm' and its Limits?», dans *Beyond Criminology*, p. 267-270.

²⁶⁷ Hillyard, Pantazis, Tombs et Gordon, «Conclusion», p. 271. Voir également Richard Hil et Rob Robertson, «What Sort of Future for Critical Criminology?», dans *Crime, Law and Social Change*, vol. 39, 2003, p. 91. Jeffrey Reiman, *The Rich Get Richer and the Poor Get Prison: Ideology, Class and Criminal Justice*, Boston, Pearson Allyn et Bacon, 7^e édition, 2004, affirment, à la page 7 : [Traduction] «une économie concurrentielle qui refuse de garantir à ses membres une position décente pousse tous les membres à améliorer leur position économique

L'une des façons d'illustrer ce que Braithwaite appelle une [Traduction] «administration de la justice pénale fondée sur la classe²⁶⁸ consiste à étudier comment nous, la société, réagissons face au crime des cols blancs²⁶⁹. Comment se fait-il que le crime en col blanc n'est pas un thème très approfondi dans les programmes de criminologie? À un moment donné, je pensais que cela était dû à la complexité du thème. Après avoir vu un programme de criminologie, qui était auparavant critique, mais qui est devenu une usine de techniciens de la justice pénale, ma partie cynique se demande maintenant si une véritable étude de la criminalité par les puissants de ce monde n'aurait pas la conséquence d'annihiler ce que nous appelons les «crimes» et la criminologie associée à la justice pénale²⁷⁰. Bien qu'il sera toujours nécessaire de faire appel au droit pénal pour traiter les crimes d'extrême violence interpersonnelle, une grande partie du droit pénal se consacre maintenant aux petits crimes et à des activités qui ne répondent pas au consensus moral. Même lorsqu'il y a consensus moral (personne ne croit que les vols de voitures sont une bonne chose) l'exécution musclée de la loi peut facilement transformer les voleurs de voitures en criminels responsables de violence à autrui. Si l'on corrige les préjudices sociaux qui causent les vols de voitures et les crimes de violence à autrui, il est possible que cela facilite la réduction d'un tel crime. Par exemple, bien qu'un rapport publié en 1998, sur l'aide sociale en Ontario ait déclaré que la suffisance des prestations [Traduction] «constitue la meilleure et plus importante arme pour lutter contre la fraude dans le système», il recommande l'établissement d'une unité spéciale de lutte contre la fraude pour viser cette «fraude»²⁷¹.

²⁶⁸ Cité dans Gary Slapper et Steve Tombs, *Corporate Crime*, UK, Pearson Education Limited, 1999, p. 18.

²⁶⁹ Pour lire des aperçus récents de travaux ayant contribué à la criminologie critique sur la criminalité en col blanc et au sein des sociétés, voir Dorothy E. Chunn, Susan C. Boyd et Robert Menzies «"We all live in Bhopal": Criminology Discovers Environmental Crime» dans Susan C. Boyd, Dorothy E. Chunn et Robert Menzies (éd.) *Toxic Criminology : Environment, Law and the State in Canada*, Halifax, Fernwood Publishing, 2002 et Robert Menzies, Dorothy E. Chunn et Susan C. Boyd, «Introduction» dans Susan C. Boyd, Dorothy E. Chunn et Robert Menzies (éd.) *[Ab]using Power : The Canadian Experience*, Halifax, Fernwood Publishing, 2001.

²⁷⁰ Une revue suggère que le lien entre [Traduction] «les mentalités de la "justice pénale" avec l'industrie de la lutte contre le crime est exagéré. Cependant, si l'on se base sur la création de deux chaires de la School of Criminology (Simon Fraser University) financées par la GRC, consacrées à l'analyse du crime et aux statistiques en matière de criminologie, cela pourrait ne pas être exagéré. Alison Gill, «Associate Dean's Report», Simon Fraser University, Faculty of Arts and Social Sciences Annual General Meeting, 11 avril 2005, rapporte que les chaires sont «en élaboration». Lorsque la Undergraduate Criminology Association a discuté de la possibilité de déposer une plainte à l'encontre du service de police de Vancouver, selon le procès-verbal de la faculté de la School of Criminology, [Traduction] «Cependant, les étudiants sont au courant qu'ils doivent parler avec le directeur avant de s'engager, pour éviter la possibilité de conflits d'intérêt», entre autres, «School of Criminology Faculty Minutes», le 10 février 2005.

²⁷¹ Voir Martin, «Passing the Buck» for her critique of *Report of the Social Assistance Review Committee, Transitions*, Toronto, Queen's Printer for Ontario, 1988.

Il est difficile de déterminer si les systèmes de surveillance en Colombie-Britannique et en Ontario détectent plus qu'une petite fraction de fraude dans le domaine de la santé. L'enquête de la fraude dans le domaine de la santé est limitée par une entente. Dans chaque province, on effectue environ 100 vérifications par année. En 2003, un pourparler de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario a déclaré que l'ordre effectue un maximum de 100 vérifications par année et qu'environ 80 p. 100 des médecins ont présenté des factures inexactes. Bien que le rapport du journal laisse entendre que [Traduction] «les peines s'élèvent en moyenne à 70 000 \$²⁷², très probablement cela ne correspond qu'au montant de recouvrement recommandé. La réconceptualisation de la «peine» comme obligeant à payer ce qu'on a obtenu par la fraude n'est pas très utile pour dissuader la fraude dans le domaine de la santé.

M. Brown compare certaines barrières pratiques à l'exécution de la loi à l'encontre des délinquants des sociétés pour illustrer les distorsions conséquentes à l'application du droit pénal contre eux. Certaines de ces barrières sont applicables à d'autres crimes en col blanc, comme la fraude dans le domaine de la santé. La simple existence d'une multiplicité de réactions face à la fraude dans le domaine de la santé influence les pratiques d'exécution : [Traduction] «les parties doivent souvent s'unir pour faire face au gouvernement et peuvent employer leurs ressources pour négocier des dispositions permettant de modérer les demandes populistes de peines criminelles excessivement dures» et qui «comportent des mélanges créatifs de peines et remèdes civils et pénaux» qui ont lieu dans le cadre de l'exécution de la loi face aux crimes de la rue²⁷³. Selon, M. Brown les délinquants plus riches peuvent acheter la confidentialité, ce qui leur permet d'éviter d'être détectés et de faire l'objet d'une enquête. Ils peuvent aussi acheter la confiance. Le système de facturation des soins de santé est fondé sur la confiance et il est doté d'une surveillance minime. Il est beaucoup plus facile de falsifier des registres et des factures pour commettre de la fraude dans le domaine de la santé, que de commettre des crimes de la rue.

²⁷² Brian Hutchinson et Francine Dube, «Colleagues say audit led Welland MD to suicide: Was ordered to pay \$108,000 to OHIP» *National Post*, le 17 avril 2003, p. A1.

²⁷³ Darryl K. Brown, «The Problematic and Faintly Promising Dynamics of Corporate Crime Enforcement» *Ohio State Journal of Criminal Law*, vol. 1, 2004, p. 521-526.

Lorsque les cols blancs impliqués dans des crimes se font prendre, les ressources dont ils disposent sont souvent comparables ou supérieures à celles des procureurs, contrairement aux criminels de la rue.

Pour établir l'égalité entre les puissants et les moins puissants, il faut que ces barrières soient sur un plan plus égalitaire. Par exemple, au lieu de se poser la question de savoir s'il existe une «probabilité marquée de condamnation»²⁷⁴ pour approuver une inculpation, les procureurs de la Colombie-Britannique devraient se demander : «si cet inculpé avait les ressources de se défendre dans le cadre de cette inculpation, y aurait-il une probabilité marquée de condamnation?»

²⁷⁴ Pour une discussion sur le processus de filtrage préinculpation effectué par les procureurs de la Colombie-Britannique, du Québec et du Nouveau-Brunswick, ainsi que la norme d'approbation des inculpations, voir Joan Brockman et c. Gordon Rose, *Canadian Criminal Procedure and Evidence for the Social Sciences*, Toronto, Nelson 2001, 2^e édition), p. 68-69.

L'industrie de répression du crime doit faire face à des défis lorsque ses professionnels visent les leurs : d'autres professionnels. En outre, les outils juridiques et l'argent dont disposent les puissants pour se défendre des allégations criminelles au tribunal, toute stricte exécution de la loi contre eux entraîne des conséquences négatives²⁷⁵. Les conséquences et la rancune qui découlent de l'exécution stricte de la loi ont fait en sorte que les universitaires recommandent une approche plus coopérative à l'égard de ce type de crime ou de ce qu'ils appellent une conduite indésirable²⁷⁶. Ce que, dans toute probabilité, nous évitons de voir et de reconnaître, est que l'exécution de la loi contre les moins puissants nourrit également la rage, le mépris et le défi²⁷⁷. Lorsque nous étudions la réaction des professionnels qui font l'objet du droit pénal, et que nous étudions notre réaction conséquente, alors cela peut nous aider à développer plus d'empathie envers les moins puissants.

Pour que l'exécution des lois de lutte contre la fraude devienne plus égalitaire, il faut accorder autant de poids aux réactions des moins puissants qu'aux réactions des plus puissants. Par exemple, lorsque le gouvernement a chargé l'honorable juge Cory d'examiner le système de vérification du CEM de l'Ontario, le mandat énonçait que les fonctions de vérification ne seraient pas touchées. Peu après, on a adopté des dispositions qui ont arrêté les vérifications jusqu'à la publication du rapport du juge Cory. Quelle est la probabilité qu'on arrête l'examen des réclamations des bénéficiaires de l'aide sociale pendant qu'une enquête détermine leur efficacité dans le but de rétablir la confiance des bénéficiaires de l'aide sociale dans le processus d'examen? Dans la soumission qu'elle a présentée dans le cadre de l'Examen du juge Cory, la Ontario Medical Association a déclaré que le processus de vérification doit se concentrer sur l'éducation et la prévention et que les médecins devraient disposer de six mois pour modifier leur comportement. Quelle est la probabilité que nous permettions aux bénéficiaires de l'aide sociale de continuer à violer le méandre de règles compliquées qui régissent l'aide sociale, pendant six mois, après que nous ayons découvert qu'ils ont enfreint la loi? Selon l'AMO, les médecins devraient prendre connaissance des profils statistiques qui leur

²⁷⁵ Jost et Davies, «The Empire Strikes Back».

²⁷⁶ Laureen Snider. «Towards Safer Societies», dans *British Journal of Criminology*, vol. 38, n° 1, 1998, p. 1; voir également John Braithwaite, *Restorative Justice and Responsive Regulation*, New York, Oxford University Press, 2002.

²⁷⁷ Laureen Snider. «Towards Safer Societies», vol. 38, n° 1, 1998; voir également John Braithwaite, *Restorative Justice and Responsive Regulation*, New York, Oxford University Press, 2002.

correspondent pour facturer en conséquence. Ce système existe en Colombie-Britannique. Donnons-nous aux bénéficiaires de l'aide sociale la même possibilité de corriger leurs erreurs afin de pouvoir d'éviter les pénalités ou le manque d'approbation de leurs superviseurs? Selon la Ontario Medical Association, on ne devrait pas recouvrer des sommes auprès de médecins qui pratiquent «conformément aux normes de soins en force»²⁷⁸. Encore une fois, sommes-nous disposés à traduire cette excuse pour accommoder des pratiques très communes auprès des bénéficiaires de l'aide sociale?

²⁷⁸ La OMA était de l'avis que le système de tenue de registres actuel [Traduction] «fera en sorte que tous les médecins de l'Ontario soient tenus de rembourser des montants.» Ontario Medical Association, «OMA Submission to the Honourable Justice Cory—Review of the Ontario Medical Audit and Review Process», dans *Ontario Medical Review*, juillet-août 2004, (en ligne).

Pour conclure, la présente étude démontre le pouvoir des puissants en ce qui concerne la définition et l'exécution des lois contre les leurs. Si les moins puissants pouvaient agir ainsi, il y aurait une réduction drastique des conduites que nous appelons des crimes et que nous traitons comme tels. L'étude de la criminalité en col blanc dans le cadre du débat «Qu'est-ce qu'un crime?» expose le système de justice pénale entaché de préjugés de classe, de l'industrie de répression du crime et du problème professionnel. On nous a avertis qu'une approche plus stricte à l'égard des crimes en col blanc pourrait avoir pour conséquence de provoquer l'industrie du crime contre les moins puissants. Peut-être que le temps est venu de reconsidérer sérieusement l'inégalité du droit pénal et de restreindre son usage. Cela pourrait être la seule voie pour arriver à «un processus plus équitable et responsable pour définir la criminalité et pour exécuter la loi pénale»²⁷⁹.

²⁷⁹ Des Rosiers et Bittle, «Introduction» dans la Commission du droit du Canada, 2004, p. vii, xxiii.

Bibliographie

ALVESALO, Anne et Steve TOMBS. «Working for Criminalization of Economic Offending: Contradictions for Critical Criminology?», dans *Critical Criminology*, vol. 11, 2002, p. 21.

ANONYME. «\$6 Million Settles Lawsuit; Hospital Denies any Wrongdoing Over a Whistleblower Case», dans *Detroit Free Press*, le 11 décembre 2003, page inconnue.

ANONYME. «Prank billing by Ontario Doctor Proves OHIP easy to Defraud: No One Questioned bill for Transplant at Patient's Home», dans le *Ottawa Citizen*, le 24 janvier 1996, p. A2.

ANONYME. «Disagree with how MSP has Paid Your Claim?», dans *Physician's Newsletter*, vol. 24, n° 2, 2000, p. 3.

ANONYME. «I'm Worried I might Get Audited», dans *Protocols & Guidelines–Update*, vol. 2, n° 1, 1998, p. 5.

ANONYME. «Audit and Inspection Committee Activities», dans *Physician's Newsletter*, Hiver 1998, p. 6.

ARMSTRONG, Jane. «Wilson to slash health fraud Province hopes to save millions in crackdown», dans *Toronto Star*, le 24 septembre 1997, p. A3.

AYERS, Ian et John BRAITHWAITE. *Responsive Regulation: Transcending the Deregulation Debate*, New York, Oxford University Press, 1992.

BEARDWOOD, Barbara. «The Loosening of Professional Boundaries and Restructuring: The Implications for Nursing and Medicine in Ontario, Canada», dans *Law and Policy Quarterly*, vol. 21, n° 3, 1999, p. 315.

BENNER, Allan. «They know it is a faulty system», dans *Tribune (Welland)*, le 16 mai 2003, p. A1.

BLACKWELL, Tom. «Ontario to crack down on health fraud», dans *Kingston Whig*, le 24 septembre 1997, p. 12.

BOND, Patti. «Hospital operator settles case HealthSouth ends probe by Medicare for \$325 million», dans *The Atlanta Journal-Constitution*, le 31 décembre 2004, p. F1.

BORSELLINO, Matt. «Controversy Clouds MRC Auditing Process», dans *Medical Post*, vol. 37, n° 27, 2001, p. 50.

BRAITHWAITE, John. *Restorative Justice and Responsive Regulation*, New York, Oxford U Press, 2002.

BREAN, Joseph. «MD Pressured Women Into Unneeded Hysterectomies», dans *National Post*, le 19 novembre 2003, p. A5.

BC BOARD OF EXAMINERS IN OPTOMETRY. «Discipline Hearing of Dr. Michael Ing», dans *The Examiner*, février 2001, p. 1.

BRITISH COLUMBIA, CORE SERVICES REVIEW (PHASE 1). *Restructuring Administrative Justice Agencies*, le 5 février 2002.

BRITISH COLUMBIA MEDICAL ASSOCIATION. *Annual Report 2000-2001*.

BRITISH COLUMBIA MEDICAL ASSOCIATION. *Annual Report 2001-2002*.

BC MEDICAL ASSOCIATION, POLICY BACKGROUNDER, «How Physicians in BC are Compensated», février 2002, (en ligne) (consulté le 12 septembre 2003). Internet : www.bcma.org/public/news_publications/publications/policy_backgrounders/physicianscompensated.asp.

BROCKMAN, Joan. *Crimes and Misconduct in the Professions* (manuscrit en préparation).

BROCKMAN, Joan. «Fortunate Enough to Obtain and Keep the Title of Profession: Self-Regulating Organizations and the Enforcement of Professional Monopolies», dans

Administration publique du Canada, vol. 41, n° 4, 1998, p. 587.

BROCKMAN, Joan. «An Update on Self-Regulation in the Legal Profession (1989-2000): Funnel In and Funnel Out», dans *Revue canadienne de droit et société*, vol. 19, n° 1, 2004, p. 55.

BROCKMAN, Joan et Colin MCEWEN. «Self-Regulation in the Legal Profession: Funnel In, Funnel Out or Funnel Away», dans *Revue canadienne de droit et société*, n° 5, 1990, p. 1.

BROCKMAN, Joan et c. Gordon ROSE. *Canadian Criminal Procedure and Evidence for the Social Sciences*, Toronto, Nelson, 2^e édition, 2001.

BROWN, Darryl K. «Street Crime, Corporate Crime, and the Contingency of Criminal Liability», dans *University of Pennsylvania Law Review*, vol. 149, n° 5, 2001, p. 1295.

BROWN, Darryl K. «The Problematic and Faintly Promising Dynamics of Corporate Crime Enforcement», dans *Ohio State Journal of Criminal Law*, vol. 1, 2004, p. 521.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. «Average Age of Physicians by Physicians Type and Province/Territory, Canada, 1998 and 2002», (en ligne) (consulté le 2 octobre 2004). Internet : secure.cihi.ca/cihiweb/en/AR14_2002_tab2_e.

ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE. *2004 Review of the Medical Audit Practice in Ontario: Canadian Medical Protective Association Submission to the Honourable Justice Peter Cory*, le 3 août 2004.

PRESSE CANADIENNE. «U.S. hospitals being sued», dans *The Windsor Star*, le 6 mai 1997, p. A10.

PRESSE CANADIENNE. «Doctors who falsely billed Ontario ordered to pay back \$16 million», dans *CP Wire*, le 23 janvier 2001.

CHUNN, Dorothy E., Susan C. BOYD, et Robert MENZIES. «“We all live in Bhopal“: Criminology Discovers Environmental Crime», dans Susan C. Boyd, Dorothy E. Chunn, et Robert Menzies (éd.), *Toxic Criminology: Environment, Law and the State in Canada*, Halifax, Fernwood

Publishing, 2002, p. 7.

CHUNN, Dorothy E. et Shelley A. M. GAVIGAN. «Welfare Law, Welfare Fraud, and the Moral Regulation of the 'Never Deserving' Poor», dans *Social Legal Studies*, vol. 13, n° 2, 2004, p. 219.

CLARK, Gordon. «Trail Laments Losing Banned Doctor», dans *Vancouver Province*, le 1^{er} avril 1992, p. A4.

COALITION OF FAMILY PHYSICIANS. «Enshrining Confidence: COFP's Submission to Justice Peter Cory».

COLLEGE OF PHYSICAL THERAPISTS OF BRITISH COLUMBIA. «Discipline Panel Decision», dans *Update*, hiver 2000, (en ligne). Internet : cptbc.org/newsletter.htm.

COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF BRITISH COLUMBIA. *1993 Annual Report*, Vancouver, College of Physicians and Surgeons, 1993.

COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ONTARIO. «Submissions to The Hon. Peter Cory, Reviewer of Ontario's Medical Audit System» le 13 juillet 2004, *Périodique*, (en ligne), Internet : www.petercory.org.

COMACK, Elizabeth et Gillian BALFOUR. *The Power to Criminalize: Violence, Inequality and the Law*, Halifax, Fernwood Publishing, 2004.

COMMISSION DE RÉFORME DU DROIT DU CANADA. *Theft and Fraud Offences*, Ottawa, Commission de réforme du droit du Canada, Working Paper 19, 1977.

COMMISSION DE RÉFORME DU DROIT DU CANADA. *Theft and Fraud Offences*, Ottawa, Commission de réforme du droit du Canada, Report 12, 1979.

COMMISSION DU DROIT DU CANADA (éd.). *What is crime?*, Vancouver, UBC Press, 2004.

COMMISSION DU DROIT DU CANADA. *Qu'est-ce qu'un crime? Des défis et des choix*,

Document de discussion, Commission du droit du Canada, Ottawa, 2003.

CRIBB, Robert. «Doctor Loses Licence a Second Time: Earlier Convicted of Fraud in B.C. Sex Charges Lead to End of Practice», dans *Toronto Star*, le 7 juin 2003, p. A4.

DANIEL, Ann. *Scapegoats for a Profession: Uncovering Procedural Injustice*, Australia, Harwood Academic Publishers, 1998.

DES ROSIERS, Nathalie et Steven BITTLE. «Introduction», dans la Commission du droit du Canada (éd.), *What is a crime?* Vancouver, UBC Press, 2004.

DOWNS, Peter. «No moratorium on doctor audits», dans *The Review* (Niagara Falls), le 17 mai 2003, p. A1.

EDITORIAL du *Vancouver Province*, le 30 janvier 1992, p. A40.

EDITORIAL du *Ottawa Citizen*, le 14 août 2002, p. A14.

EDITORIAL du *Toronto Star*, le 10 juin 2003, p. A22.

ÉDITORIAL. «Doctored Billing: With little Check on the Payment claims MDs put in, the Possibility of Overpayments Runs Feverishly High», le 23 décembre 1996, *Vancouver Sun*, p. A10.

ÉDITORIAL. «Doctor's Fraud Merited Jail Time», dans *Kingston Whig – Standard*, le 19 juin 2001, p. 6.

ÉDITORIAL. «Uneven Scales of Justice», dans le *Ottawa Citizen*, le 18 juin 2001, p. A12.

ÉDITORIAL. «Policing physician fraud», dans le *Ottawa Citizen*, le 26 avril 2001, p. A17.

ELLIOTT, Louise. «Ontario Needs Standards for Faulty Medical Files: Privacy commissioner», dans *Canadian Press Newswire*, le 21 mars 2001.

ERICSON, Richard et Aaron DOYLE. «Criminalization in Private: The Case of Insurance Fraud», dans Commission du droit du Canada (éd.), *What is Crime? Defining Criminal Conduct in Contemporary Society*, Vancouver, UBC Press.

FAYERMAN, Pamela. «Ministry To Caution Doctors About Double-Billing Fraud», dans *Vancouver Sun*, le 15 septembre 1999, p. B8.

FREIDSON, Eliot. *Professionalism: The Third Logic*, Chicago, University of Chicago Press, 2001.

GARLAND, David. *The Culture of Control: Crime and Social Order in Contemporary Society*, Chicago, University of Chicago Press, 2001.

GERMOV, John. «Medi-Fraud, Managerialism and the Decline of Medical Autonomy: Deprofessionalization and Proletarianisation Reconsidered», dans *Australian and New Zealand Journal of Statistics*, vol. 31, n° 3, 1995, p. 51.

GIBLON, Barry et Rachel EDNEY, Co-Chairs of the MRC. Réponse à «Dear Editor: Re: Medical Review Committee: A Peer Review of Physicians Billings—Sept/Oct 2002», dans *Members' Dialogue*, 2003, p. 7.

GILL, Alison. «Associate Dean's Report», Vancouver, Simon Fraser University, Faculty of Arts and Social Sciences Annual General Meeting, le 11 avril 2005.

GREER, Scott et John HAGAN. «Crime as Disrepute», dans Stuart Henry et Mark M. Lanier (éd.). *What is Crime? Controversies over the Nature of Crime and What to Do about It*, Lanham, Maryland, Rowan & Littlefield Publishers Inc., 2001, p. 207.

HARRIS, Beverly A., présidente, Commission d'appel et de révision des services de santé, à l'honorable Peter Cory, datée du 27 septembre 2004 (en ligne). Internet : www.petercory.org.

HATCHER, Gordon H. *Universal Health Care In Canada, 1947-1977*, Washington, U.S. Department of Health and Human Service, 1981.

HENRY, Stuart et Mark M. LANIER (éd.). *What is Crime? Controversies over the Nature of Crime and What to Do about It*, Lanham, Maryland, Rowan & Littlefield Publishers Inc., 2001, p. 227.

HENRY, Stuart et Mark M. LANIER. «The Prism of Crime: Towards an Integrated Definition of Crime», dans Stuart Henry et Mark M. Lanier (éd.). *What is Crime? Controversies over the Nature of Crime and What to Do about It*, Lanham, Maryland, Rowan & Littlefield Publishers Inc., 2001.

HIL, Richard et Rob ROBERTSON. «What Sort of Future for Critical Criminology?», dans *Crime, Law and Social Change*, vol. 39, 2003, p. 91.

HILLYARD, Paddy, Christina PANTAZIS, Steve TOMBS, et Dave GORDON (éd.). *Beyond Criminology: Taking Harm Seriously*, Blackpoint, Nouvelle-Écosse, Pluto Press, 2004.

HILLYARD, Paddy, Christina PANTAZIS, Steve TOMBS, et Dave GORDON. «Conclusion: “Social Harm” and its Limits» dans Paddy Hillyard, Christina Pantazis, Steve Tombs et Dave Gordon (éd.), *Beyond Criminology: Taking Harm Seriously*, Blackpoint, Nouvelle-Écosse, Pluto Press, 2004.

HOGBEN, David. «Physiotherapist to pay ICBC \$340,000», dans *Vancouver Sun*, le 30 décembre 1999, p. B4.

HUTCHINSON, Brian et Francine DUBÉ. «Colleagues say audit led Welland MD to suicide: Was ordered to pay \$108,000 to OHIP», dans *National Post*, le 17 avril 2003, p. A1.

INFORMATION BROCHURE ON BC HEALTH CARE (en ligne) (consulté le 11 janvier 2004).
Internet : www.healthservices.gov.bc.ca/bchealthcare/video.html.

INSKSTER, Norman D. *Fraud and Abuse in the Ontario's Health Care System: A Preliminary Review*, préparé par KPMG Investigation and Security Inc., le 10 septembre 1997.

KIRBY, Michael J. L. et Wilbert KEON, «Why Competition is Essential in the Delivery of Publicly

Funded Health Care Services», dans *Policy Matters*, vol. 5, n° 8, (Montréal, Institut de recherche en politiques publiques), septembre 2004.

JESILOW, Paul, Henry N. PONTELL, et Gilbert GEIS. *Prescription for Profit: How Doctors Defraud Medicaid*, (Berkeley, University of California Press, 1993.

JOST, Timothy Stolfus et Sharon L. DAVIES. «The Empire Strikes Back: A Critique of the Backlash Against Fraud and Abuse Enforcement», dans *Alabama Law Review*, vol. 51, 1999, p. 239.

KORCOK, Milan. «Medicare, Medicaid Fraud A Billion-Dollar Art Form in the US», dans *Canadian Medical Association Journal*, vol. 156, n° 8, 1997, p. 1195.

LARNER, Wendy. «Neo-Liberalism: Policy, Ideology, Governmentality», dans *Studies in Political Economy*, vol. 63, 2000, p. 5.

MANDEL, Michael. «Democracy, Class and Canadian Sentencing Law», dans E. Comack and S. Brickey (éd.), *The Social Basis of Law: Critical Readings in the Sociology of Law*, Halifax, Fernwood, 1991.

MARTIN, Dianne L. «Passing the Buck: Prosecution of Welfare Fraud; Preservation of Stereotypes», dans *Windsor Yearbook Access to Justice*, vol. 12, 1992, p. 52.

MATLIN, Vanessa. «Fraud Plagues U.S. Health Care», dans *Knight-Ridder Tribune*, le 14 juillet 2004.

MCKNIGHT, John. *The Careless Society: Community and Its Counterfeits*, New York, Basic Books, 1995.

MCLELLAN, Wendy. «Doctor Overbills Plan by \$500,000», dans *Province*, le 10 juin 1997, p. A2.

MEDICAL REVIEW COMMITTEE OF THE COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ONTARIO, *Annual Report*, le 1^{er} avril 2000 – 31 mars 2001.

COMITÉ D'ÉTUDE DE LA MÉDECINE «A Peer Review of Physician Billings» (en ligne), dans *Members' Dialogue*, septembre-octobre 2002. Internet : www.cpso.on.ca/publications/dialogue/0902/mrc.htm.

RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICALE. «Billing Integrity Program» (en ligne) (consulté le 26 août 2003). Internet : www.healthservices.gov.bc.ca/msp/infoprac/bip.html.

RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICALE. «Committees under the Medical Services Commission (MSC)» (en ligne) (consulté le 13 septembre 2003). Internet : www.healthservices.gov.bc.ca/msp/legislation/msccomm.html.

RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICALE. «Legislation and Governance of the Medical Services Plan» (en ligne) (consulté le 12 septembre 2003). Internet : www.hlth.gov.bc.ca/msp/legislation/index.html.3.

RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICALE. «MSP for Medical and Health Care Practitioners» (en ligne) (consulté le 13 septembre 2003). Internet : www.hlth.gov.bc.ca/msp/infoprac/index.html.

RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICALE. «Billing Procedures for Physicians» (en ligne) (consulté le 13 septembre 2003). Internet : www.hlth.gov.bc.ca/msp/infoprac/physbilling/index.html.

MENZIES, Robert, Dorothy E. CHUNN, et Susan C. BOYD. «Introduction» dans Susan C. Boyd, Dorothy E. Chunn, et Robert Menzies (éd.), *[Ab]using Power: The Canadian Experience*, Halifax, Fernwood Publishing, 2001, p. 11.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE. «Health Update: Reviewing OHIP Claims: Ensuring Accountability for Ontario's Healthcare System» (en ligne) (consulté le 16 septembre 2003). Internet : www.health.gov.on.ca/english/public/updates/archives/hu_03/hu_ohip.html.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE DE L'ONTARIO ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE. «Services assurés à l'extérieur du Canada : Quels sont les services assurés par l'assurance-santé?» (en ligne) (consulté le 16 septembre 2003). Internet : <http://www.health.gov.on.ca/french/public/pubf/ohipf/servicesf.html>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE. «About Ministry of Health and Long-Term Care» (en ligne) (consulté le 16 septembre 2003). Internet : www.health.gov.on.ca/english/public/ministry/about.html

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE. «Medical and Practitioner Review Committee Activity», dans *Bulletin*, n° 4383, le 1^{er} avril 2002, p. 1.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE. «OHIP Payment Review Program», dans *Bulletin*, n° 4396, le 16 janvier 2003.

MOSHER, Janet, Patricia EVANS, Margaret LITTLE, Eileen MORROW, Jo-Anne BOULDING et VANDERPLAATS, Nancy, *Walking on Eggshells, Abused Women's Experiences of Ontario's Welfare System*, Toronto, Final Report of Research Findings from the Woman and Abuse Welfare Research Project, avril 2004.

MOSHER, Janet et Joe HERMER. «The Constitution of Welfare Fraud as Crime», dans Commission du droit du Canada, 2005.

«MRC Victims Home Page» (en ligne) (consulté le 19 septembre 2003). Internet : www3.sympatico.ca/dindar/mrc/mrc.htm.

MURDOCH, Caroline et Joan BROCKMAN. «Who's On First? Disciplinary Proceedings by Self-Regulating Professions and other Agencies for 'Criminal' Behaviour», dans *Saskatchewan Law Review*, vol. 64, n° 1, 2001, p. 29.

NIGHTINGALE, Brenda L. *The Law of Fraud and Related Offences*, Toronto, Carswell, 1996.

OGILVIE, Clare. «Swindler to Pay», dans *Vancouver Province*, le 31 décembre 1999, p. A34.

«OMA-MOHLTC Agreement Update» (en ligne) (consulté le 20 septembre 2003).

Internet : www.oma.org/pcomm/omr/may/02agreement.htm.

ONTARIO MEDICAL ASSOCIATION. «OMA Submission to the Honourable Justice Cory – Review of the Ontario Medical Audit and Review Process», dans *Ontario Medical Review*, juillet-août 2004, (en ligne) (consulté le 20 décembre 2004). Internet : www.petercory.org.

OUSTON, Rick. «Controversial Doctor Faces Possible Loss of Privileges», dans *Vancouver Sun*, le 24 novembre 1998, p. A3.

OZIEWICZ, Estanislao. «Doctor Vanishes in Midst of Overbilling Case», dans *The Globe and Mail*, le 21 août 1996, p. A1, p. A6.

PHILLIPS, Annette. «Island Doctor may Lose Licence” Disciplinary Committee Hears from Dr. Alex Scott», dans *Kingston Whig-Standard*, le 31 août 2001, p. 1.

PHILLIPS, Annette. «MD Gets Ban for Life in \$592K Fraud Case: College Hands Alex Scott Harshesht Punishment Ever for Bilking Health System», dans *Kingston Whig-Standard*, le 3 avril 2002, p. 1.

PRETTE, Sandy. «Disagree with How MSP has Paid Your Claim?», dans *Physicians Newsletter*, hiver 2000, p. 3.

PRIEST, Lisa. «OHIP Paid MD Despite his History», dans *Toronto Star*, le 2 août 1996, p. A4.

PUSCAS, Darren. *Waiting in the Wings! How for-profit Health Corporations are Planning to Cash in on the Privatization of Medicare in Canada*, Ottawa, Polaris Institute, septembre 2002.

REIMAN, Jeffrey. *The Rich Get Richer and the Poor Get Prison: Ideology, Class and Criminal Justice*, Boston, Pearson Allyn and Bacon, 7^e édition, 2004.

ROBINSON, Matthew B. «Wither Criminal Justice? An Argument for a Reformed Discipline», dans *Critical Criminology*, vol. 10, 2001, p. 97.

ROMANOW, Roy J. (commissaire). *Guidés par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*, Ottawa, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, novembre 2002.

ROSOFF, Stephen M., Henry N. PONTELL et Robert H. TILLMAN, *Looting America: Greed, Corruption, Villains and Victims*, New Jersey, Pearson Education Inc., 2003.

SALISBURY, Garry et Larry PATRICK (Co-Chairs). «Post-Payment Review and Auditing of OHIP Claims—Part B The Claims Review Process», dans *Ontario Medical Review*, septembre 2003, (enligne) (consulté le 29 août 2004). Internet :
www.oma.org/pcomm/omr/sep/03bulletin.htm

SAUL, John Ralston. «Health Care at the End of the Twentieth Century: Confusing Symptoms for Systems» dans Margaret A. Somerville (éd.), *Do We Care: Reviewing Canada's Commitment to Health*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 1999.

SHINKLE, Peter. «Doctor who exposed fraud at Gambro will get \$56 million», dans *Knight Ridder Tribune*, 26 mars 2005, page inconnue.

SIBBALD, Barbara. «MDs Get Jail Terms, Fines as New Police Squad Targets Health Fraud», dans *Canadian Medical Association Journal*, vol. 163, n° 5, 2000, p. 591.

SIMPSON, Sally S. *Corporate Crime, Law, and Social Control*, Cambridge, Royaume-Uni, Cambridge University Press, 2002.

SLAPPER, Gary et Steve Tombs. *Corporate Crime*, Royaume-Uni, Pearson Education Limited, 1999.

SMART, Carol. *Feminism and the Power of Law*, London, Routledge, 1989.

SNIDER, Laureen. «Abusing Corporate Power: The Death of a Concept», dans Susan C. Boyd, Dorothy E. Chunn, et Robert Menzies (éd.), *[A]busing Power: The Canadian Experience*, Halifax, Fernwood Publishing 2001.

SNIDER, Laureen. «The sociology of Corporate Crime: An Obituary: (or: Whose Knowledge Claims have Legs?)», dans *Theoretical Criminology*, vol. 4, n° 2, 2000, p. 169.

SNIDER, Laureen. «Towards Safer Societies», dans *British Journal of Criminology*, vol. 38, n° 1, 1998, p. 1.

SNIDER, Laureen. «Researching Corporate Crime» dans Steve Tombs et Dave Whyte (éd.), *Unmasking the Crimes of the Powerful: Scrutinizing States and Corporations*, New York, Peter Lang, 2003.

SPARROW, Malcolm K. *License to Steal: How Fraud Bleeds America's Health Care System*, Boulder, Colorado, Westview Press, 2000.

STATISTIQUE CANADA. *Profession – Classification nationale des professions pour statistiques de 2001 pour la population active* (statscan.ca).

SUDNOW, David. «Normal Crime: Sociological Aspects of the Penal Code», dans *Social Problems*, vol. 12, 1965, p. 255.

SUTHERLAND, Edwin H. *White Collar Crime: The Uncut Version* (avec une introduction de Gilbert Geis et de Colin Goff), New Haven et London, Yale University Press, 1983.

SUTHERLAND, Edwin H. «White-Collar Criminality», dans *American Sociological Review*, vol. 5, n° 1, 1940, p. 1.

TANNER, Adrienne. «Physiotherapist admits \$430,000 fraud on ICBC», le 9 novembre 2001, p. C4.

TAPPAN, Paul W. «Who Is the Criminal?», dans *American Sociological Review*, vol. 12, 1947, p. 96.

TESHER, Ellie. «Stepped-up OHIP audit taints doctors», dans le *Toronto Star*, le 7 mars 2002, p. A31.

UPTON, Sean. «MD Jailed for Bilking Health Plan», dans le *Ottawa Citizen*, le 1^{er} septembre 1991, p. A6.

WILSON, Paul R., Duncan CHAPPELL, et Robyn LINCOLN. «Policing Physician Abuse in BC: An Analysis of Current Policies», dans *Canadian Public Policy*, vol. 12, 1986, p. 236.

YOUNG, R. N. «Health Issues in the Fall Session», dans *BC Medical Journal*, vol. 35, n^o 1, 1993, p. 16.

Liste de tableaux

- | | |
|--------------|--|
| Tableau n° 1 | Nombre d'examens réguliers et accélérés effectués par le CEM en Ontario, de 1998 jusqu'en 2002 |
| Tableau n° 2 | Nombre de cas et valeur des montants que le CEM a recommandé de recouvrer, au cours de l'exercice 1991-2002 |
| Tableau n° 3 | Cas de fraude et de facturation inexacte dans le domaine de la santé, par province de 1990 jusqu'à 2003 |
| Tableau n° 4 | Types et nombre de poursuites intentées à l'encontre de professionnels de la santé, par province, de 1990 jusqu'à 2003 |
| Tableau n° 5 | Poursuites intentées en Colombie-Britannique et en Ontario, dans les cas de fraude dans le domaine de la santé et de facturation inexacte |
| Tableau n° 6 | Types de comportement examinés par un organisme administratif ou par un organisme d'autoréglementation en Colombie-Britannique et en Ontario |
| Tableau n° 7 | Comparaison entre le traitement de la fraude à l'endroit de l'aide sociale et le traitement de la fraude dans le domaine de la santé |

Jurisprudence

Carstoniu c. The General Manager, Ontario Health Insurance Plan (Health Services Review and Appeal Board; le 13 août 2004; 03-HIA-0050).

College of Physicians and Surgeons of Ontario c. Artinian, [1992] O.C.P.S.D. n° 11

College of Physicians and Surgeons of Ontario c. Bogart, [2001] O.C.O.S.D. n° 9.

College of Physicians and Surgeons of Ontario c. Moore, [2002] O.C.P.S.D. n° 5.

College of Physicians and Surgeons of Ontario c. O'Connell, [1994] O.C.P.S.D. n° 5.

College of Physicians and Surgeons of Ontario c. Paikin, [2003] O.C.P.S.D. n° 36.

College of Physicians and Surgeons of Ontario c. Scott, [2002] O.C.P.S.D. n° 4.

College of Physicians and Surgeons of Ontario c. Tolentino, [2002] O.C.P.S.D. n° 2.

College of Physicians and Surgeons of Ontario c. Verma, [2001] O.C.P.S.D. n° 27.

College of Physicians and Surgeons of Ontario c. Wai-Ping (11 mars 2004).

MacDiarmid c. College of Physicians and Surgeons, [2003] O.J. n° 277.

Moore c. College of Physicians and Surgeons of Ontario, [2003] O.J. n° 5200 (Ontario Superior Court of Justice).

Order PO-1881-1 (Institution: Ministry of Health and Long-Term Care), [2001] O.I.P.C. n° 55.

R. c. Bogart, [2002] S.C.C.A. n° 398.

R. c. Bogart (2002), 167 C.C.C. (3d) 390.

R. c. Bogart, [2001] O.J. n° 2323.

R. c. Chen, (non publié) le 5 et le 20 novembre 2001, Cour provincial de la Colombie-Britannique, Vancouver, Colombie-Britannique, n° 115882-1.

R. c. Devlin, (non publié) le 9 et le 15 mai 2001, Cour provincial de la Colombie-Britannique, Port Coquitlam, Colombie-Britannique, n° 61170-01.

R. c. Ing, [2001] B.C.J. n° 2855 (Cour provincial de la Colombie-Britannique).

R. c. Lee (non publié) le 27 janvier 1992, Cour provincial de la Colombie-Britannique, Rossland, Colombie-Britannique, n° 11480.

R. c. MacDiarmid, [2001] O.J. n° 243 (Cour d'appel de l'Ontario).

R. c. Paikin, (non publié) le 16 janvier 2001, Cour de justice de l'Ontario, Toronto (Metro North).

R. c. Scott (non publié) le 8 mai 2000, Cour de justice de l'Ontario, Kingston, Ontario.

R. c. Stokic, [1999] B.C. J. n° 1312.

R. c. Théroux, [1993] 2 R.C.S. 5.

Verma c. College of Physicians and Surgeons of British Columbia, [1994] B.C.J. n° 2701.

R. c. Verma (non publié) le 9 mai 1994, Cour provincial de la Colombie-Britannique, Vancouver, n° 64501C.

R. c. Verma (non publié) le 6 mai 1994, Cour provincial de la Colombie-Britannique, Vancouver, Colombie-Britannique, n° 64501C.

R. c. Zlatic, [1993] 2 R.C.S. 29.

Yip c. Audit Committee, Medical Services Commission (non publié) le 26 janvier 1993, Cour

provincial de la Colombie-Britannique, Vancouver Registry, n° A924879.

Annexe A

Cas de fraude et d'inconduite dans le domaine de la santé

N° du cas _____ (voir la liste des numéros)

Procureur : _____

Avocat de la défense : _____

Renseignements sur le professionnel

Q1. Sexe : 1. Homme 2. Femme

Q2. Année de la naissance

Q3. Âge au moment de la première infraction

Q4. Lieu de naissance : 1. Canada 2. États-Unis, Australie, Angleterre, entre autres, 3. autre

Q5. Formation : 1. Canada 2. États-Unis, Australie, Angleterre, entre autres, 3. autre

Q6. Race : 1. blanche 2. autre

Q7. Supprimée

Q8. Année d'obtention du diplôme professionnel :

Q9. Nombre d'années entre l'obtention du diplôme et la première infraction

Q10. Profession de l'inculpé :

1. Médecin – omnipraticien, médecin de famille
2. Médecin – psychiatre
3. Médecin – psychothérapeute (non spécialisé en psychiatrie)

4. Médecin – chirurgien
5. Médecin – autre spécialisation _____
6. Médecin (spécialisation n'est pas précisée)
7. Massothérapeute
8. Psychologue
9. Physiothérapeute
10. Chiropraticien
11. Dentiste
12. Optométriste
- 13 Autre _____

Q11. Origine sociale des patients :

1. pauvres, classe ouvrière, aînés
2. classe moyenne, supérieure
3. origine mixte

Q12. Emplacement géographique de l'infraction et de l'audience

1. Colombie-Britannique
2. Alberta
3. Saskatchewan
4. Manitoba
5. Ontario
6. Québec
7. Terre-Neuve-et-Labrador
8. Nouvelle-Écosse
9. Île-du-Prince-Édouard
10. Nouveau-Brunswick
11. Territoire du Nord-Ouest
12. Yukon
13. Nunavut

INFRACTION OU INCONDUITE

Q13. Année de la première infraction ou inconduite :

Q14. Durée de l'inconduite (nombre d'années) :

Q15. [Jusqu'au code 2] Le problème a été signalé par :

1. Patient
2. autre professionnel
3. collègue
4. parent
5. collègue ou parent
6. vérification fondée sur les profils de spécialisation
7. sondage ou vérification auprès des patients
8. autre vérification
9. autre

Q16. 1. Patient 2. autre professionnel 3. collègue 4. parent 5. collègue ou parent 6. vérification fondée sur les profils de spécialisation 7. sondage ou vérification auprès des patients 8. autre vérification 9. autre

Q17. Montant en cause :

Q18. PROCÉDURE ADMINISTRATIVE? 1. Oui 2. Non

Q19. Fin de la procédure (année) :

Q20. Montant en cause :

Q21. Facturation d'un service n'ayant pas été dispensé :

1. Coupable de tous les chefs d'accusation
2. Exonéré
3. Coupable de certains chefs d'accusation
4. JE NE SAIS PAS
5. Suspension
6. Non pertinent

Q22. Facturation de services supplémentaires n'ayant pas été dispensés :

1. Coupable de tous les chefs d'accusation
2. Exonéré
3. Coupable de certains chefs d'accusation
4. JE NE SAIS PAS
5. Suspension
6. Non pertinent

Q23. Facturation de services inutiles ou pour services excessifs sans utilité :

1. Coupable de tous les chefs d'accusation
2. Exonéré
3. Coupable de certains chefs d'accusation
4. JE NE SAIS PAS
5. Suspension
6. Non pertinent

Q24. Établissement d'un faux diagnostic :

1. Coupable de tous les chefs d'accusation
2. Exonéré
3. Coupable de certains chefs d'accusation
4. JE NE SAIS PAS
5. Suspension
6. Non pertinent

Q25. Insuffisance des registres :

1. Coupable de tous les chefs d'accusation
2. Exonéré
3. Coupable de certains chefs d'accusation
4. JE NE SAIS PAS
5. Suspension
6. Non pertinent

Q26. Dépasse les limites des profils de spécialisation :

1. Coupable de tous les chefs d'accusation
2. Exonéré
3. Coupable de certains chefs d'accusation
4. JE NE SAIS PAS
5. Suspension
6. Non pertinent

Q27. Autre

1. Coupable de tous les chefs d'accusation 2. Exonéré 3. Coupable de certains chefs d'accusation 4. JE NE SAIS PAS 5. Suspension 6. Non pertinent

Q28. A-t-on recouvré de l'argent auprès du professionnel

1. L'intégralité de la somme 2. Une partie de la somme 3. Non 4. Recouvrement en cours

Q29. Détermination: 1. Fondée sur des aveux 2. Sur le fond 3. Mixte 4. JE NE SAIS PAS

Q30. Le montant qui figure à l'ordonnance, a-t-il été remboursé?

Q31. Si l'on a imposé une interdiction de facturer, quel est son terme? ____ (mois)

Q32. Résultat de l'appel, le cas échéant : 1. À l'encontre du professionnel; 2. En faveur du professionnel; 3. Mixte

Q33. Résultat du deuxième appel : 1. À l'encontre du professionnel; 2. En faveur du professionnel; 3. Mixte

Q34. Résultat du troisième appel : 1. À l'encontre du professionnel; 2. En faveur du professionnel; 3. Mixte

Q35. PROCÉDURE DE L'OAR? 1. Oui 2. Non

Q36. Fin de la procédure (année) :

Q37. Montant en cause :

Q38. Facturation d'un service n'ayant pas été dispensé :

1. Coupable de tous les chefs d'accusation 2. Exonéré 3. Coupable de certains chefs d'accusation 4. JE NE SAIS PAS 5. Suspension 6. Non pertinent

Q39. Facturation de services supplémentaires n'ayant pas été dispensés :

1. Coupable de tous les chefs d'accusation 2. Exonéré 3. Coupable de certains chefs d'accusation 4. JE NE SAIS PAS 5. Suspension 6. Non pertinent

Q40. Facturation de services inutiles ou pour services excessifs sans utilité :

1. Coupable de tous les chefs d'accusation 2. Exonéré 3. Coupable de certains chefs d'accusation 4. JE NE SAIS PAS 5. Suspension 6. Non pertinent

Q41. Établissement d'un faux diagnostic :

1. Coupable de tous les chefs d'accusation 2. Exonéré 3. Coupable de certains chefs d'accusation 4. JE NE SAIS PAS 5. Suspension 6. Non pertinent

Q42. Insuffisance des registres : 1. Coupable de tous les chefs d'accusation 2. Exonéré 3. Coupable de certains chefs d'accusation 4. JE NE SAIS PAS 5. Suspension 6. Non pertinent

Q43. Dépasse les limites des profils de spécialisation :

1. Coupable de tous les chefs d'accusation 2. Exonéré 3. Coupable de certains chefs d'accusation 4. JE NE SAIS PAS 5. Suspension 6. Non pertinent

Q44. Autre

1. Coupable de tous les chefs d'accusation 2. Exonéré 3. Coupable de certains chefs d'accusation 4. JE NE SAIS PAS 5. Suspension 6. Non pertinent

Q44a. Détermination : 1. Fondée sur des aveux 2. Sur le fond 3. Mixte 4. JE NE SAIS PAS

Peine imposée par l'OAR :

Q45. Suppression du nom de la liste, révocation de la licence, démission acceptée par l'OAR?

1. Oui 2. Non

Q46. Suspension par l'OAR? 1. Oui 2. Non

Q47. Terme de la suspension _____ (mois)

Q48. Suspension réduite à ___ mois si les conditions sont réunis.

Q49. L' OAR a-t-il imposé des restrictions de l'exercice?

1. Oui 2. Non

Q50. L'OAR a-t-il imposé une amende? 1. Oui 2. Non

Q51. Montant de l'amende _____

Q52. L'OAR a-t-il imposé des mesures de réparation? 1. Oui 2. Non

Q53. Le professionnel est-il assujetti à des inspections ou à la surveillance de l'OAR?

1. Oui 2. Non

Q54. Le professionnel a-t-il été réprimandé? 1. Oui 2. Non

Q55. Autre? 1. Oui 2. Non

Q56. Montant des dépens que le professionnel doit déboursier :

Q57. A-t-on considéré la présence de : 1. circonstances atténuantes 2. circonstances aggravantes 3. les deux

[Information non codée] Veuillez fournir le numéro des paragraphes correspondant aux circonstances : Atténuantes _____ Aggravantes :

Q58. Résultat de l'appel, le cas échéant :1. à l'encontre du professionnel; 2. en faveur du professionnel; 3. Mixte

Q59. Résultat du deuxième appel, le cas échéant : 1. à l'encontre du professionnel; 2. en faveur du professionnel; 3. Mixte

Q60. Résultat du troisième appel, le cas échéant : 1. à l'encontre du professionnel; 2. en faveur du professionnel; 3. Mixte

Q61. PROCÉDURE CRIMINELLE? 1. Oui 2. Non

Q62. Fin de la procédure (année) :

Q63. Entreprise en vertu : 1. du *Code criminel* 2. des dispositions législatives provinciales

Q64. Entendue : 1. cour provinciale 2. cour supérieure

Q65. Détermination : 1. à l'encontre du professionnel; 2. en faveur du professionnel; 3. Mixte
4. pas de décision

Q66. Détermination : 1. fondée sur des aveux 2. sur le fond 3. Mixte 4. JE NE SAIS PAS

Sentence :

Q67. Terme d'emprisonnement? 1. Oui 2. Non

Q68. Durée _____ (jours)

Q69. Peine avec sursis 1. Oui 2. Non

Q70. Durée _____ (mois)

Q71. Détention à domicile ou couvre-feu 1. Oui 2. Non

Q72. Durée _____ (mois)

Q73. Service communautaire

1. Oui 2. Non

Q74. Durée _____ (heures)

Q75. Amende

1. Oui 2. Non

Q76. Combien? _____

Q77. Probation

1. Oui 2. Non

Q78. Durée _____ (mois)

Q79. Libération conditionnelle ou absolue 1. Oui 2. Non

Q80. A-t-on ordonné une restitution : 1. Intégrale 2. Partielle 3. Aucune 4. Prévues ailleurs

Q81. Autre? 1. Oui 2. Non

Q82. A-t-on considéré la présence de : 1. circonstances atténuantes 2. circonstances aggravantes 3. les deux

[Information non codée] Veuillez fournir le numéro des paragraphes correspondant aux circonstances : atténuantes _____ aggravantes :

Q83. Résultat de l'appel, le cas échéant : 1. À l'encontre du professionnel; 2. En faveur du professionnel; 3. Mixte

Q84. Résultat du deuxième appel, le cas échéant : 1. À l'encontre du professionnel; 2. En faveur du professionnel; 3. Mixte

Q85. Résultat du deuxième appel, le cas échéant : 1. À l'encontre du professionnel; 2. En faveur du professionnel; 3. Mixte

Autre type d'inconduite professionnelle (comportant de la fraude) :

Q86. Présentation de factures ou de rapports inadéquats à la commission des accidents de travail ou à une compagnie d'assurances :

1. Coupable de tous les chefs d'accusation 2. Exonéré 3. Coupable de certains chefs

d'accusation 4. JE NE SAIS PAS 5. Suspension 6. Non pertinent

Q87. Évasion fiscale ou nouvelle cotisation :

1. Coupable de tous les chefs d'accusation 2. Exonéré 3. Coupable de certains chefs d'accusation 4. JE NE SAIS PAS 5. Suspension 6. Non pertinent

Q88. Autre?

1. Coupable de tous les chefs d'accusation 2. Exonéré 3. Coupable de certains chefs d'accusation 4. JE NE SAIS PAS 5. Suspension 6. Non pertinent

Autres instances d'inconduite (comportant de la fraude) :

Q89. Facturation de relations sexuelles (explicites ou implicites)

1. Coupable de tous les chefs d'accusation 2. Exonéré 3. Coupable de certains chefs d'accusation 4. JE NE SAIS PAS 5. Suspension 6. Non pertinent

Q90. Administration inadéquate de médicaments

1. Coupable de tous les chefs d'accusation 2. Exonéré 3. Coupable de certains chefs d'accusation 4. JE NE SAIS PAS 5. Suspension 6. Non pertinent

Q91. Autre?

1. Coupable de tous les chefs d'accusation 2. Exonéré 3. Coupable de certains chefs d'accusation 4. JE NE SAIS PAS 5. Suspension 6. Non pertinent

Q92. Y a-t-il des instances de facturation frauduleuse ou inexacte au dossier du praticien?

1. Oui, des instances établies 2. Oui, avertissement du juge, commentaires d'inquiétude
3. Oui, mais seulement allégations 4. Non

Q93. Historique de manquements ne comportant pas de fraude? 1. Oui 2. Non

Q94. Le professionnel a-t-il déjà été impliqué dans des procédures de faillite?

1. Oui 2. Non

Annexe B

Questions de l'entrevue

DATE : Le 2004

(CDC, Fraude dans le domaine de la santé; Qu'est-ce qu'un crime?)

N° :

Définitions de la fraude à l'endroit de l'assurance-maladie

1. Selon vous, parmi les conduites suivantes, lesquelles constituent de la fraude à l'endroit de l'assurance maladie?

[Si vous estimez qu'il ne s'agit pas de fraude, quel nom lui donneriez-vous?]:

Facturation de services n'ayant pas été dispensés

1) Oui 2) Non 3) Cela dépend; cela n'est pas clair 4) Je ne sais pas

2. Facturation de services supplémentaires n'ayant pas été dispensés

1) Oui 2) Non 3) Cela dépend; cela n'est pas clair 4) Je ne sais pas

3. Facturation de services médicalement non nécessaires ou superflus

1) Oui 2) Non 3) Cela dépend; cela n'est pas clair 4) Je ne sais pas

4. Établir un faux diagnostic afin de facturer un service dispensé, mais qui n'est pas couvert

1) Oui 2) Non 3) Cela dépend; cela n'est pas clair 4) Je ne sais pas

5. Insuffisance des documents de facturation

1) Oui 2) Non 3) Cela dépend; cela n'est pas clair 4) Je ne sais pas

6. Facturation de séances individuelles de thérapie psychiatrique alors que le patient a participé à une séance de groupe

1) Oui 2) Non 3) Cela dépend; cela n'est pas clair 4) Je ne sais pas

7. Facturer les relations sexuelles avec le patient au cours de la séance de soins

1) Oui 2) Non 3) Cela dépend; cela n'est pas clair 4) Je ne sais pas

8. L'intention fait-elle partie de votre définition de fraude?

- 1) Oui 2) Non 3) Cela dépend; cela n'est pas clair 4) Je ne sais pas

9. Y a-t-il d'autres comportements que vous considérez comme de la fraude à l'assurance-maladie?

10. Pensez-vous que la fraude à l'assurance-maladie constitue un problème grave (coûteux ou fréquent) en Colombie-Britannique?

- 1) Oui 2) Non 3) Cela dépend; cela n'est pas clair 4) Je ne sais pas

11. Un représentant du gouvernement a déclaré ainsi : «il y a probablement lieu d'un peu de modifications et de trucage, comme dans toute profession». Estimez-vous que cela est correct?

- 1) Oui 2) Non 3) Cela dépend; cela n'est pas clair 4) Je ne sais pas

12. S'agit-il d'un comportement acceptable?

- 1) Oui 2) Non 3) Cela dépend; cela n'est pas clair 4) Je ne sais pas

13. S'agit-il de fraude

- 1) Oui 2) Non 3) Cela dépend; cela n'est pas clair 4) Je ne sais pas

Surveillance, enquête et poursuite

Je voudrais soulever quelques questions sur les moyens de lutter contre la fraude auprès des professionnels de la santé?

14. Pensez-vous qu'il est nécessaire de recouvrer l'argent ayant été versé à des professionnels de la santé à la suite de factures frauduleuses?

- 1) Oui 2) Non 3) Cela dépend; cela n'est pas clair 4) Je ne sais pas

15. Est-il suffisant de recouvrer les fonds?

- 1) Oui 2) Non 3) Cela dépend; cela n'est pas clair 4) Je ne sais pas

16. Les professionnels de la santé, devraient-ils être poursuivis au tribunal pénal pour avoir commis une fraude dans le domaine de la santé ? Veuillez donner les raisons.

1) Oui 2) Non 3) Cela dépend; cela n'est pas clair 4) Je ne sais pas

17. Qui tire profit des poursuites criminelles, le cas échéant? Si l'on n'intente pas de poursuites criminelles, y a-t-il des conséquences négatives?

18. Qui subit des préjudices lors d'une poursuite criminelle, le cas échéant?

20. Pensez-vous que les poursuites criminelles sont efficaces et atteignent leurs objectifs? Que permettent-elles d'accomplir? [Objectif? Symbolique?]

21. Les incidences de fraude à l'assurance-maladie devraient-elles être poursuivies en vertu du *Code criminel* ou de la législation provinciale?

22 [Peut recouper la question 21]. Y a-t-il des circonstances dans lesquelles vous recommanderiez qu'un professionnel de la santé soit poursuivi au pénal pour de la fraude à l'assurance-maladie?

23. Quels sont les obstacles auxquels il faut faire face lors de l'instruction d'enquêtes et de poursuites en matière de fraude à l'assurance-maladie.

24. Pensez-vous que les enquêteurs des ministères gouvernementaux traitent la fraude à l'assurance-maladie de façon différente que les autres types de fraude, notamment la fraude contre l'aide sociale?

1) Oui 2) Non 3) Cela dépend; cela n'est pas clair 4) Je ne sais pas

25. Et la police?

1) Oui 2) Non 3) Cela dépend; cela n'est pas clair 4) Je ne sais pas

26. Et les procureurs et les avocats de la défense?

1) Oui 2) Non 3) Cela dépend; cela n'est pas clair 4) Je ne sais pas

27. Et les juges?

- 1) Oui 2) Non 3) Cela dépend; cela n'est pas clair 4) Je ne sais pas

28. Si vous compariez la fraude dans le domaine de la santé à l'assurance-maladie et la fraude contre l'aide sociale, quelles sont les similitudes et les différences entre les deux?

29. Y a-t-il des aspects de la fraude dans le domaine de la santé qui, selon vous, pourraient être appliqués à la manière dont on traite les autres types de fraude, notamment la fraude contre l'aide sociale?

30. Un éditorial du *Vancouver Sun* de 1996 déclare que [Traduction] «le contraste entre le dorlotement différentiel des médecins et le traitement des personnes soupçonnées d'abus de l'aide sociale est remarquable» et il «suffit presque à démontrer qu'il y a une loi pour les riches et une loi pour les pauvres». Vous pensez que cela reflète la façon dont on traite les médecins qui s'adonnent à la fraude dans le domaine de la santé, comparativement aux personnes qui commettent une fraude à l'endroit de l'aide sociale? [Contexte : deux médecins de la Colombie-Britannique gardent les montants qu'ils ont obtenus par fraude : D' Mendes : 216 164 \$ et Wong : 400 000 \$.]

- 1) Oui 2) Non 3) Cela dépend; cela n'est pas clair 4) Je ne sais pas

Réponses multiples

31. En ce moment, la loi permet qu'on intente des poursuites pénales à l'encontre des médecins qui s'adonnent à la fraude à l'assurance-maladie, qu'on leur exige de rembourser l'argent qu'ils ont obtenu par fraude et qu'ils fassent l'objet de mesures disciplinaires imposées par leur ordre de médecins et de chirurgiens. Quels sont les avantages et les désavantages de ces réponses multiples à l'égard de la fraude dans le domaine de la santé?

31. Avantages

32. Désavantages

Sanctions

33. Dans le cas d'un médecin qui escroque 100 000 \$ pendant une année, dans le domaine de

la santé en facturant frauduleusement des services qu'il n'a pas dispensés : selon vous, quelle serait la sanction adéquate?

34. Les professionnels de la santé devraient-ils recevoir une peine d'emprisonnement pour une telle fraude?

1) Oui 2) Non 3) Cela dépend; cela n'est pas clair 4) Je ne sais pas

35. Quelle serait la sanction adéquate après une audience auprès de l'Ordre pour une telle inconduite?

36. Un médecin devrait-il perdre sa licence pour ce type de fraude?

1) Oui 2) Non 3) Cela dépend; cela n'est pas clair 4) Je ne sais pas

Recommandations

37. Que pensez-vous qu'on puisse faire pour diminuer la fraude à l'assurance-maladie?

38. La MSC devrait-elle imposer des pénalités administratives comme des amendes, outre exiger au médecin de restituer le montant obtenu par la fraude?

39. Aux États-Unis, la loi sur les dénonciateurs permet aux dénonciateurs de réaliser entre 15 p. 100 et 20 p. 100 du montant recouvré. S'agit-il d'un bon moyen de diminuer la fraude en matière de soins de santé au Canada?

1) Oui 2) Non 3) Cela dépend; cela n'est pas clair 4) Je ne sais pas

40. Désirez-vous ajouter quelque chose?

41. Y a-t-il quelqu'un avec qui je devrais communiquer?

Merci de votre temps.

Remarque sur les entrevues : On a fait passer des entrevues à 10 personnes en Colombie-Britannique, par téléphone. Quatre entrevues n'ont abordé que le contexte, parce que, pour une raison ou une autre, quatre personnes ne désiraient pas participer à une entrevue officielle. Parmi les six personnes qui ont répondu à l'annexe de l'entrevue dans son intégralité, quatre d'entre elles ont passé une entrevue en groupe. En rétrospective, les questions semblables à celles qui figurent à l'annexe des entrevues devraient être posées face-à-face, mais cette approche aurait dépassé notre budget et le temps dont nous disposons pour ce projet. Lorsque je me suis rendue compte à quel point il est difficile de faire passer ce type d'entrevues par téléphone, j'ai préféré lire les mémoires présentés dans le cadre de l'examen du juge Cory, en Ontario. Le temps que j'aurais passé à essayer de faire passer des entrevues aurait empiété sur le temps que j'ai anticipé me consacrer aux mémoires publics et privés présentés dans le cadre de l'examen du juge Cory et je soupçonne que j'aurais éprouvé des difficultés à convaincre mes interlocuteurs de me parler par téléphone au sujet de la fraude dans le domaine de la santé.

Annexe C**Glossaire**

AIC	<i>Audit and Inspection Committee</i> (Comité de vérification et d'inspection) (Colombie-Britannique)
BCMA	<i>British Columbia Medical Association</i> (Association médicale de la Colombie-Britannique)
BIP	<i>Billing Integrity Program</i> (Programme de facturation avec intégrité) (Colombie-Britannique)
CEM	Comité d'étude de la médecine (<i>Medical Review Committee, CEM</i>) (Ontario)
CEP	Comité de l'éducation et de la prévention (Ontario)
CPSBC	<i>College of Physicians and Surgeons of British Columbia</i> (Ordre professionnel des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique)
MHCSAB	Medical and Health Care Services Appeal Board (Colombie-Britannique)
MSC	Medical Services Commission (Colombie-Britannique)
MSP	Medical Services Plan (Colombie-Britannique) (Régime d'assurance médicale de la Colombie-Britannique)
MSSLDO	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
OAR	Organisme d'autoréglementation
OMA	Ontario Medical Association
OMCO	Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
OPP	Police provinciale de l'Ontario
OPRP	OHIP Payment Review Program
POPC	Patterns of Practice Committee (Colombie-Britannique)
RASO	Régime d'assurance-santé de l'Ontario
RED	Règlement extrajudiciaire des différends
RFI	Rapport final d'inspection (Ontario)

Annexe D

Biographie de l'auteure

Joan Brockman, B.A. (Sask.), M.A. (Alberta), LL.B. (Calgary), LL.M. (University of British Columbia), est professeure à l'école de criminologie de la *Simon Fraser University*, ainsi que membre qui n'exerçant pas la profession des barreaux de l'Alberta et de la Colombie-Britannique. Elle enseigne des cours sur les fautes et les crimes professionnels, sur la criminalité et les fautes financières des entreprises, sur les procédures et les preuves criminelles ainsi que les différences entre les sexes dans les tribunaux et dans la profession juridique. Elle a entre autres publié les documents suivants : *Gender in the Legal Profession: Fitting or Breaking the Mould*, Vancouver, UBC Press, 2001 et, en collaboration avec c. Gordon Rose, *Canadian Criminal Procedure and Evidence for the Social Sciences*, 2^e édition, Toronto, Nelson, 2001.

Voici des articles au sujet des professions comprennent notamment, les suivants :

«An Update on Self-Regulation in the Legal Profession (1989-2000): Funnel In and Funnel Out» dans *Revue canadienne de droit et société*, vol. 19, n^o 1, 2004, p. 55;

«Who's On First? Disciplinary Proceedings by Self-Regulating Professions and other Agencies for 'Criminal' Behaviour», dans *Saskatchewan Law Review*, vol. 64, n^o 1, 2001, p. 29, en collaboration avec Caroline Murdoch, «A Cold-Blooded Effort to Bolster Up the Legal Profession: The Battle Between Lawyers and Notaries in British Columbia, 1871-1930», dans *Histoire Sociale / Social History*, vol. 32, n^o 64, 1999, p. 209, «Fortunate Enough to Obtain and Keep the Title of Profession: Self-Regulating Organizations and the Enforcement of Professional Monopolies», dans *Administration publique du Canada*, vol. 41, n^o 4, 1998, p. 587; «Better to Enlist Their Support Than to Suffer Their Antagonism: The Game of Monopoly Between Lawyers and Notaries in British Columbia, 1930-1981», dans *International Journal of the Legal Profession*, vol. 4, n^o 3, 1997, p. 197, ainsi que «The Use of Self-Regulation to Curb Discrimination and Sexual Harassment in the Legal Profession», dans *Osgoode Hall Law Journal*, vol. 35, n^o 2, 1997, p. 209.