

**LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ :
APERÇU ET OPTIONS**

**Odette Madore
Division de l'économie**

Révisé le 16 mai 2005



Bibliothèque
du Parlement

Library of
Parliament

**Service d'information et
de recherche parlementaires**

Le Service d'information et de recherche parlementaires de la Bibliothèque du Parlement travaille exclusivement pour le Parlement, effectuant des recherches et fournissant des informations aux parlementaires et aux comités du Sénat et de la Chambre des communes. Entre autres services non partisans, elle assure la rédaction de rapports, de documents de travail et de bulletins d'actualité. Les analystes peuvent en outre donner des consultations dans leurs domaines de compétence.

N.B. Dans ce document, tout changement d'importance fait depuis la dernière publication est indiqué en **caractères gras**.

**THIS DOCUMENT IS ALSO
PUBLISHED IN ENGLISH**

TABLE DES MATIÈRES

	Page
DÉFINITION DU SUJET.....	1
CONTEXTE ET ANALYSE.....	2
A. Justification de l'intervention publique dans le secteur des soins de santé	2
B. Rôle des gouvernements dans le domaine des soins de santé au Canada.....	3
C. Historique.....	5
D. Les exigences énoncées dans la <i>Loi</i>	6
1. Les conditions	7
2. Les dispositions.....	8
3. Les obligations.....	8
4. Les services de santé assurés et les services complémentaires de santé.....	8
E. Les sanctions liées aux manquements à la <i>Loi</i>	9
F. L'application de sanctions	12
G. La question de la privatisation	14
H. Les options : faut-il maintenir la <i>Loi</i> telle quelle, la modifier ou l'abolir	20
MESURES PARLEMENTAIRES.....	22
CHRONOLOGIE.....	23
BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE.....	24



CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ :
APERÇU ET OPTIONS*

DÉFINITION DU SUJET

La *Loi canadienne sur la santé* (ci-après appelée la *Loi*) a reçu la sanction royale le 1^{er} avril 1984. Par le truchement de cette loi, le gouvernement fédéral veille à ce que certaines exigences, comme l'accès universel et gratuit aux soins de santé assurés couverts par le régime public, soient respectées par les provinces et les territoires. Ces exigences, ou « principes nationaux », ont contribué à modeler les régimes provinciaux d'assurance-santé à l'échelle du pays.

Depuis sa mise en vigueur, la *Loi* fait l'objet d'un vif débat. **Ce débat porte sur les principes nationaux et s'inscrit dans un contexte beaucoup plus large qui touche à la fois les sphères politique (répartition des pouvoirs), financière (compromis entre les soins de santé et d'autres priorités) et économique (amélioration du rapport coût-efficacité et du rendement).** Il soulève aussi des préoccupations fondamentales relativement au rôle du secteur public, y compris celui du gouvernement fédéral, dans le financement des soins de santé.

Dans ce document, nous faisons le point sur la *Loi canadienne sur la santé*. Nous ne proposons aucune interprétation juridique de la *Loi*; nous cherchons plutôt à rendre compte de l'évolution de son application et à examiner ses perspectives d'avenir. Dans la première partie, nous rappelons sommairement les raisons qui justifient l'intervention gouvernementale dans le secteur des soins de santé, tandis que, dans la deuxième, nous décrivons les rôles respectifs du gouvernement fédéral et des provinces dans ce domaine. Dans la troisième partie, nous retraçons brièvement l'historique de la *Loi* et, dans la quatrième, nous présentons un aperçu des exigences qui se rattachent à celle-ci et les décrivons succinctement. Dans la cinquième partie, nous traitons des sanctions prévues dans le cas des manquements à la *Loi* et, dans la sixième, de leur

* La première version de ce bulletin d'actualité a été publiée en janvier 1995. Le document a été sans cesse mis à jour depuis.

application. Dans la septième, nous examinons la question de la privatisation et, dans la huitième et dernière, nous énumérons un certain nombre d'options visant à maintenir ou à améliorer la *Loi*.

CONTEXTE ET ANALYSE

A. Justification de l'intervention publique dans le secteur des soins de santé

Au Canada, les gouvernements constituent la principale source de financement des soins de santé parce qu'ils jouent un rôle majeur sur le marché de l'assurance. **Les tenants de l'intervention du secteur public dans ce domaine invoquent généralement des facteurs d'équité sociale et économique ainsi que l'efficacité administrative pour justifier ce rôle.** Ils expliquent, en premier lieu, que les gouvernements doivent intervenir pour remédier au problème potentiel d'équité sociale lié au fonctionnement du marché privé de l'assurance. Selon eux, les compagnies d'assurance privées pourraient refuser d'assurer ceux qui constituent un haut risque ou les obliger à payer une prime relativement plus forte pour le compenser. À leur avis, l'assurance publique vient corriger les défauts du marché privé en protégeant l'éventail le plus large possible de la population et en évitant les hausses indues des primes qui, en bout de ligne, n'ont pas d'incidence valable sur l'état de santé. Ensuite, ils soutiennent que le marché privé de l'assurance ne tient pas compte de l'équité économique. D'après eux, dans un marché d'assurance privé, la personne qui éprouve des problèmes de santé et qui ne dispose que d'un faible revenu devrait faire face à une tarification identique à celle des gens à revenu élevé. Ainsi, soutiennent-ils, les personnes défavorisées économiquement devraient assumer une part relativement plus élevée des coûts des soins de santé. L'intervention publique garantirait donc un accès plus vaste à l'assurance, peu importe la capacité de payer de l'individu. Enfin, les tenants de l'intervention gouvernementale estiment qu'un régime public est économiquement plus efficace qu'un régime privé, parce que les coûts administratifs sont moindres et les économies d'échelle plus grandes. En effet, un régime public élimine les coûts de marketing, de facturation, de collecte de primes et d'évaluation des risques. C'est l'une des raisons pour lesquelles, dit-on, que les coûts administratifs du système américain sont relativement plus élevés que ceux du Canada.

C'est pour ces raisons que les gouvernements au Canada ont privilégié l'assurance-santé publique par rapport à l'assurance privée. Ce régime, qui protège l'ensemble de la population contre les aléas de la maladie, repose essentiellement sur l'impôt sur le revenu :

chaque citoyen contribue à proportion de ses revenus, et non à proportion des avantages qu'il escompte tirer du régime. Ainsi, au Canada, l'assurance-santé publique a, depuis ses débuts, favorisé le principe du transfert des ressources des plus riches vers les plus pauvres et le partage du risque entre les biens portants et les moins bien portants.

Cela ne signifie pas pour autant que le secteur privé soit totalement absent de ce domaine au Canada. L'assurance-santé privée existe, mais son étendue demeure limitée. Plus précisément, le marché privé vient suppléer à l'assurance publique dans le cas des services de santé qui ne sont pas couverts par le régime public ou qui ne sont garantis qu'en partie par des programmes gouvernementaux.

Le fait que le gouvernement intervienne en matière d'assurance-santé ne signifie pas qu'il participe aussi à la prestation des services de santé couverts par le régime public. D'ailleurs, la prestation des soins de santé au Canada est largement le fait du secteur privé : la majorité des médecins sont en pratique privée (petites entreprises) et les hôpitaux sont, en grande partie, des organismes privés sans but lucratif. Les soins médicaux et hospitaliers qui sont fournis, de même que la rémunération pour ces services, font toutefois l'objet d'une réglementation gouvernementale. Les services de laboratoires et de diagnostic couverts par le régime public d'assurance-santé sont offerts par des entreprises privées à but lucratif dans la plupart des provinces. Les services de buanderie, de repas et autres services auxiliaires ou de soutien fournis dans des hôpitaux financés par l'État proviennent souvent d'entreprises privées à but lucratif.

B. Rôle des gouvernements dans le domaine des soins de santé au Canada

Le gouvernement fédéral et les gouvernements des provinces assument des responsabilités fort différentes dans le domaine des soins de santé. Au sens strict, le gouvernement fédéral ne peut établir et maintenir un régime d'assurance-santé à l'échelle nationale, parce qu'il ne peut réglementer la prestation des soins de santé aux particuliers. En effet, en vertu de la Constitution canadienne et de l'interprétation qu'en ont donnée les tribunaux, les soins de santé relèvent principalement de la compétence des provinces. Les seules mentions constitutionnelles explicites en matière de soins de santé accordent au gouvernement fédéral la compétence en ce qui concerne les hôpitaux de la marine et la quarantaine. De plus, le gouvernement fédéral est responsable de dispenser des services de santé aux groupes qui relèvent de sa compétence, comme les Autochtones, les Forces canadiennes, les anciens combattants ainsi que les détenus des pénitenciers fédéraux. Les gouvernements des provinces doivent pour leur

part gérer leur propre régime public d'assurance-santé sur leur territoire, **en plus d'assurer la prestation des soins de santé. Cela consiste notamment à déterminer combien de lits seront disponibles, quelles catégories de personnel seront engagées et comment le système desservira la population, à approuver les budgets des hôpitaux et à négocier les barèmes d'honoraires avec les associations médicales et les autres organisations de professionnels de la santé.**

Le gouvernement fédéral est intervenu dans le champ provincial des soins de santé en invoquant le « pouvoir de dépenser » que lui confère la Constitution, pouvoir qui lui permet de contribuer financièrement à certains programmes de compétence provinciale sous réserve, généralement, du respect de certaines exigences par les provinces. Pierre Blache, dans un article paru en 1993 dans la *Revue générale de droit*, indique qu'à son avis, le déséquilibre constitutionnel entre pouvoirs et responsabilités ainsi que des facteurs d'équité interprovinciale ont contribué à l'émergence de transferts fédéraux comme ceux qui sont versés au chapitre des soins de santé :

Si les transferts financiers du fédéral vers le provincial ont pris une grande ampleur au Canada, c'est en raison de traits de la constitution et de la réalité. C'est parce que les provinces canadiennes se sont vu confier les responsabilités qui s'avèrent éventuellement les plus coûteuses de l'État moderne tout en étant restreintes à la taxation directe, et parce que plusieurs se trouvaient devant une assiette fiscale inférieure à la moyenne nationale, que le recours au pouvoir de dépenser est devenu si important dans le fonctionnement concret du fédéralisme canadien [...] Dans un tel contexte, il a paru injuste d'abandonner aux provinces le soin de financer par leurs propres moyens les programmes sociaux que réclamaient les populations.
(p. 38)

Le gouvernement fédéral est ainsi intervenu dans des champs de compétence provinciale sans pour autant modifier la division des pouvoirs prévue par la Constitution. Bien qu'il ne soit pas responsable de l'administration, de l'organisation et de la prestation des soins de santé, il peut, grâce au levier politique et financier que constitue le pouvoir de dépenser, exercer une influence non négligeable sur les politiques provinciales de soins de santé. De fait, la *Loi canadienne sur la santé*, en établissant les exigences liées à l'obtention du financement fédéral, a grandement façonné les régimes provinciaux d'assurance-santé dans tout le pays.

C. Historique

L'assurance-santé publique telle qu'on la connaît aujourd'hui, et qui sous-tend une participation financière du gouvernement fédéral ainsi que le respect d'exigences spécifiques par les provinces, remonte à la fin des années 1950. Aux termes de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* de 1957 et ensuite de la *Loi sur les soins médicaux* de 1966, le gouvernement fédéral a offert aux provinces d'assumer environ la moitié du financement de l'ensemble des services de santé assurés. En contrepartie, en acceptant les contributions fédérales, les provinces s'engageaient à garantir, dans le cadre de leur régime d'assurance-santé public, les services hospitaliers et médicaux et à respecter certaines exigences, comme l'universalité. Ces deux lois n'empêchaient pas les provinces d'exiger une participation financière des patients; cependant, comme les contributions fédérales étaient proportionnelles aux dépenses publiques provinciales, les gouvernements des provinces n'avaient pas avantage à imposer des frais directs aux patients. En effet, les recettes tirées de tels frais auraient eu pour conséquence de réduire la contribution fédérale. Ce mécanisme implicite de réduction a donc fortement dissuadé les provinces d'adopter toute forme de frais directs aux patients comme la surfacturation et des frais modérateurs.

À partir de 1977, cette formule à frais partagés a été remplacée par un mode de financement global fondé sur des transferts pécuniaires et des transferts en points d'impôt dans le cadre du Financement des programmes établis (FPE). Les deux lois fédérales en matière de services hospitaliers et de soins médicaux et les exigences qui s'y rattachaient ont été maintenues. Par contre, le dispositif implicite de déduction des contributions fédérales a été supprimé avec le FPE, étant donné que le financement fédéral n'était plus fonction des dépenses des gouvernements provinciaux; il en est résulté une multiplication des frais imposés directement aux patients. C'est ainsi, par exemple, que Terre-Neuve, le Nouveau-Brunswick, le Québec, l'Ontario, la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique ont exigé des frais modérateurs et que la surfacturation a été autorisée dans la grande majorité des provinces. Aux yeux du gouvernement fédéral, cette situation a paru constituer une menace au principe de l'accès universel et gratuit aux services de santé à travers le pays. Le gouvernement a donc tenu à réaffirmer son engagement au principe de l'assurance-santé universelle et il a fortement mis sur le critère de l'équité économique pour justifier son intervention. Dans un document de Santé nationale et Bien-être social Canada paru en 1983, on indiquait à cet effet :

Le Gouvernement du Canada croit qu'un pays civilisé et riche comme le nôtre ne doit pas laisser les malades porter le fardeau financier des soins de santé. En bénéficiant d'une assurance payée à l'avance, nous pouvons tous profiter de la sécurité et de la sérénité. La maladie qui nous atteint tous un jour ou l'autre est déjà suffisamment pénible à supporter : le coût des soins doit être pris en charge par la société tout entière. Voilà pourquoi le Gouvernement du Canada désire réaffirmer, dans la nouvelle *Loi sur la santé* au Canada, son engagement au principe essentiel de l'assurance-santé universelle. (p. 7)

Ce document a ouvert la voie à la *Loi canadienne sur la santé*, qui, comme nous l'avons dit, a été promulguée le 1^{er} avril 1984. La *Loi* est venue regrouper et actualiser les deux lois fédérales de 1957 et de 1966. Les principes nationaux y ont été réaffirmés, mais des restrictions supplémentaires y ont été expressément ajoutées de manière à dissuader l'imposition de toute forme de frais directs aux patients et à offrir aux citoyens de toutes les provinces un accès aux soins de santé sans aucun obstacle financier.

Le 1^{er} avril 1996, on a lié la *Loi* au Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), qui a réuni les transferts du FPE et ceux du Régime d'assistance publique du Canada (RAPC). La méthode de calcul retenue pour le TCSPS était semblable à celle du FPE et comportait à la fois des transferts pécuniaires et des transferts en points d'impôt. Les provinces devaient respecter toutes les exigences établies dans la *Loi* pour être admissibles à la totalité des transferts pécuniaires du TCSPS. Depuis le 1^{er} avril 2004, la *Loi canadienne sur la santé* est liée au Transfert canadien en matière de santé (TCS). Le TCS ressemble à son prédécesseur; il comporte à la fois des transferts pécuniaires et en points d'impôt, et l'admissibilité aux transferts pécuniaires est aussi assujettie aux exigences de la *Loi*. Contrairement au TCSPS, toutefois, le TCS concerne uniquement les soins de santé.

D. Les exigences énoncées dans la *Loi*

La *Loi canadienne sur la santé* énumère neuf exigences que les gouvernements des provinces sont tenus de respecter dans le cadre de leur régime public d'assurance-santé pour avoir droit à la totalité des contributions fédérales pécuniaires versées sous le régime du TCS. Ces neuf exigences comprennent cinq conditions, deux obligations et deux dispositions ciblées. Les cinq conditions, souvent appelées les « principes nationaux », sont l'universalité, l'intégralité, l'accessibilité, la transférabilité et la gestion publique, et elles s'appliquent aux services de santé assurés. Les deux dispositions ciblées ont pour objets la surfacturation et les

frais modérateurs pour des services de santé assurés. Les deux obligations faites aux provinces concernent la communication des renseignements voulus et la mention de la contribution fédérale; elles s'appliquent à la fois aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé.

1. Les conditions

L'article 8 de la *Loi* a trait à la *gestion publique*. Selon cet article, chaque régime provincial d'assurance-santé doit être géré par une autorité publique à but non lucratif qui est responsable de ses opérations financières devant le gouvernement provincial. Cette exigence s'explique en grande partie par les sommes considérables consacrées aux soins de santé et à la nécessité pour les gouvernements de garder un contrôle sur l'évolution de ces dépenses. Il vise aussi à éviter l'éparpillement de l'information. **Mais l'objectif stratégique initial de cette condition était surtout d'empêcher les provinces et les territoires de se servir des contributions fédérales pour subventionner la couverture de leurs citoyens par des sociétés d'assurance privées.** Dans la littérature canadienne, on fait souvent allusion à la notion de « payeur unique » pour décrire la situation dans laquelle un régime d'assurance-santé est géré par les pouvoirs publics.

Selon la condition de l'*intégralité*, prévue à l'article 9, le régime d'assurance-santé d'une province doit couvrir tous les « services médicalement nécessaires ». La condition de l'intégralité renvoie en quelque sorte à un panier minimal de services, étant donné que la *Loi* ne fait référence ni à la quantité des services à offrir ni à une liste détaillée de services assurés; les gouvernements des provinces ont le choix de définir lesquels de ces services seront des services assurés. L'étendue de ces services peut donc varier d'une province à l'autre et d'une année à l'autre.

Selon l'article 10, la condition de l'*universalité* exige que tous les résidents de la province aient accès à l'assurance-santé publique et aux services assurés, et ce, selon des modalités uniformes. Au départ, la notion d'universalité visait deux objectifs particuliers. Elle visait, d'une part, à rendre les services assurés disponibles à tous, partout. D'autre part, il cherchait à partager les risques entre les assurés; plus le régime couvrirait de gens, disait-on, plus le partage des risques serait profitable.

Énoncée à l'article 11, la condition de *transférabilité* oblige les provinces à couvrir les services de santé assurés qui sont fournis à ses citoyens lorsque ceux-ci s'absentent

temporairement de leur province de résidence ou du Canada. Dans le cas de services de santé assurés fournis dans une autre province, le remboursement s'effectue au taux convenu entre les gouvernements des deux provinces. Pour les services obtenus à l'étranger, la *Loi* précise que le montant versé sera au moins équivalent à celui que la province de résidence aurait versé pour des services semblables fournis dans la province.

La cinquième condition est énoncée à l'article 12 et traite de l'*accessibilité* : les personnes assurées doivent avoir un accès raisonnable et uniforme aux services de santé assurés et ne doivent se heurter à aucun obstacle financier ou autre. Personne ne doit subir de discrimination en raison de son revenu, de son âge, de son état de santé, etc.

2. Les dispositions

L'accès gratuit aux services de santé assurés constitue l'élément clé de la *Loi canadienne sur la santé*. Deux dispositions de la *Loi* visent expressément à décourager les provinces d'exiger une contribution financière des patients, soit au moyen de frais modérateurs ou de la surfacturation, pour des services de santé garantis par le régime provincial d'assurance-santé.

3. Les obligations

En ce qui touche aux deux obligations, les gouvernements provinciaux sont tenus par la réglementation de fournir des estimations et rapports annuels sur la surfacturation et les frais modérateurs. Ils doivent en outre fournir volontairement un rapport annuel décrivant la façon dont leur régime respecte les conditions et obligations de la *Loi*. Cette information sert à préparer le rapport annuel sur la *Loi canadienne sur la santé*. Enfin, les provinces doivent faire état publiquement des transferts fédéraux.

4. Les services de santé assurés et les services complémentaires de santé

La *Loi* établit une distinction entre les « services de santé assurés », ceux que l'on dit « médicalement nécessaires », et les « services complémentaires de santé ». Les services dits médicalement nécessaires ne sont définis qu'au sens large par la *Loi*. Ainsi, à l'article 2, il est précisé que les *services de santé assurés* sont les suivants :

- les services hospitaliers médicalement nécessaires au maintien de la santé, à la prévention des maladies ou qui servent au diagnostic ou au traitement des blessures, maladies ou invalidités, y compris l'hébergement et les repas, les services médicaux et infirmiers, les médicaments et l'ensemble du matériel et de l'équipement médicaux ou chirurgicaux;
- les services médicalement nécessaires fournis par un médecin;
- les services de chirurgie dentaire nécessaires sur le plan médical et qui ne peuvent être accomplis convenablement que dans un hôpital.

L'article 2 de la *Loi* précise également que les *services complémentaires de santé* comprennent les soins intermédiaires en maison de repos, les soins en établissement pour adultes, les soins à domicile et les soins ambulatoires. Comme ces services ne sont pas assujettis aux deux dispositions relatives aux frais modérateurs et à la surfacturation, ils peuvent faire l'objet d'une tarification privée – partielle ou entière. De même, les services complémentaires de santé ne sont pas assujettis aux cinq conditions énoncées dans la *Loi*. C'est pourquoi ils n'ont pas à être gérés par l'État ou à répondre aux conditions d'universalité, d'intégralité, d'accessibilité et de transférabilité. En outre, les régimes provinciaux d'assurance-santé peuvent couvrir d'autres services de santé, tels que les services d'optométrie, les soins dentaires, les appareils et accessoires fonctionnels et les médicaments sur ordonnance, qui ne sont pas soumis à la *Loi* et pour lesquels les provinces peuvent exiger un paiement des patients. L'étendue de ces autres services de santé garantis par les régimes publics provinciaux ainsi que le taux de couverture et les catégories de bénéficiaires varient grandement d'une province à l'autre.

E. Les sanctions liées aux manquements à la *Loi*

Les sanctions à la *Loi canadienne sur la santé* sont liées aux transferts fédéraux aux provinces. Plus précisément, chaque régime provincial d'assurance-santé doit se conformer aux exigences énoncées dans la *Loi* pour que la province reçoive le plein montant des transferts pécuniaires auxquels elle a droit. Si une province ne respecte pas ces exigences, le gouvernement fédéral peut lui imposer une sanction et retenir une partie ou la totalité des transferts. De 1984-1985 à 1990-1991, cette sanction pécuniaire s'est appliquée à la portion des transferts pécuniaires du FPE destinée à la santé. Entre 1991-1992 et 1995-1996, les sanctions pécuniaires ne se sont plus limitées uniquement aux transferts pécuniaires versés au titre des soins de santé. En effet, le gouvernement a dû étendre les sanctions aux autres transferts

pécuniaires. Cette extension de la sanction pécuniaire à des paiements autres que ceux reliés à la santé avait été rendue nécessaire en raison de la limitation continue, par le gouvernement fédéral, du taux de croissance des transferts du FPE et de l'incidence particulière de cette restriction sur les transferts pécuniaires; des études, comme celles qu'ont réalisées le Conseil national du bien-être social (en 1991) ou Jenness et McCracken (en 1993), avaient prévu qu'en 2000, les transferts pécuniaires du FPE deviendraient nuls dans certaines provinces. Ces retenues ou déductions supplémentaires n'étaient pas prévues dans la *Loi canadienne sur la santé*, mais étaient expressément formulées aux paragraphes 23.2(1), 23.2(2) et 23.2(3) de la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*, la loi qui a établi le FPE et qui régissait ensuite le TCSPS. Ces dispositions s'appliquent également au TCS en vertu des paragraphes 25.6(1), 25.6(2) et 25.6(3).

De fait, en établissant le TCSPS, le gouvernement fédéral a fait en sorte d'éviter que ne s'affaiblisse son pouvoir de faire respecter la *Loi canadienne sur la santé* dans tout le pays. Il va de soi que si une province choisissait de renoncer au transfert pécuniaire auquel elle a droit en vertu du TCSPS, elle ne serait plus tenue de respecter les exigences prévues par la *Loi*. Bien que la *Loi* soit maintenant liée au nouveau TCS, les sanctions s'appliquent toujours à la totalité des transferts pécuniaires versés dans le cadre de la santé et des programmes sociaux, de même qu'à d'autres transferts pécuniaires fédéraux.

Les sanctions pécuniaires prévues par la *Loi* sont différentes selon qu'il s'agit d'un manquement relié directement à la surfacturation et aux frais modérateurs ou d'un manquement à l'une ou l'autre des cinq conditions ou des deux obligations. Les articles 18 à 21 de la *Loi*, qui décrivent les dispositions relatives aux sanctions à l'égard de la surfacturation et des frais modérateurs, disposent que le gouvernement fédéral peut retenir un dollar de transferts pécuniaires pour chaque dollar perçu par le truchement de frais imposés directement aux patients. Advenant un manquement aux conditions ou obligations, l'alinéa 15(1)a) de la *Loi* prévoit que la valeur pécuniaire de la sanction demeure à la discrétion du gouverneur en conseil, qui fixe le montant en fonction de la « gravité » de l'infraction. Comme l'indique Sheilah L. Martin dans un ouvrage paru en 1989, le caractère discrétionnaire de cette sanction n'exige pas que le gouvernement fédéral impose une amende, mais lui laisse cette option. À la limite, le Cabinet pourrait décider de retenir la totalité des transferts pécuniaires au titre du TCS, et même réduire les contributions fédérales versées dans le cadre d'autres programmes. Bien sûr, le gouvernement fédéral pourrait aussi choisir de n'imposer aucune sanction pécuniaire et de limiter son action à la persuasion et à la négociation.

La *Loi* comporte également un mécanisme de règlement des problèmes lorsqu'une province ne respecte pas les exigences de la *Loi*. Il s'agit toutefois d'un long processus, de sorte que la réduction des contributions fédérales ne se fait pas de façon immédiate. Advenant le cas où il estime qu'un régime provincial ne remplit pas l'une ou l'autre des cinq conditions ou des deux obligations, le ministre fédéral de la Santé doit, en vertu du paragraphe 14(2), informer la province du problème, obtenir des éclaircissements de cette dernière, rédiger un rapport sur les conclusions tirées et, si le ministre provincial de la Santé le lui demande, tenir une réunion pour discuter de la question. L'article 15 précise que ce n'est que si le gouverneur en conseil est convaincu que la province ne respecte plus les conditions et obligations de la *Loi canadienne sur la santé* que le ministre de la Santé peut, par décret, ordonner que les contributions soient réduites ou retenues.

Depuis avril 2002, le mécanisme de règlement des différends prévu dans la *Loi* est facilité par le processus de prévention et règlement des différends (PRD). Le PRD a pour but d'officialiser et de rendre transparent le processus que le ministre fédéral de la Santé doit suivre avant de se former une opinion sur la question de savoir si un régime d'assurance-santé provincial ou territorial a cessé de satisfaire à un critère ou à une disposition ou condition de la *Loi*. En premier lieu, le ministre fédéral de la Santé écrit aux provinces ou territoires concernés et invoque le processus PRD relativement à un cas potentiel de non-respect de la *Loi*. Dans les 60 jours de la date de cette lettre, les gouvernements concernés réunissent et se communiquent tous les faits pertinents, rédigent un rapport établissant les faits, négocient en vue de régler le différend et enfin rédigent un rapport sur la façon dont la question a été réglée.

Toutefois, si on ne s'entend pas sur les faits, ou si les négociations ne permettent pas de régler la question, l'un des ministres de la Santé concernés peut prendre l'initiative de renvoyer la question à un groupe tiers en écrivant à son homologue. Dans les 30 jours de la date de cette lettre, un groupe sera formé et il sera composé d'une personne nommée par la province (ou le territoire) et d'une personne nommée par le fédéral, et les deux choisiront ensemble un président. Le groupe étudiera le différend conformément aux dispositions de la *Loi*, déterminera les faits et fera connaître ses conseils et ses recommandations. Le groupe fera ensuite rapport aux gouvernements concernés dans les 60 jours de sa création.

Le pouvoir final d'interpréter et d'appliquer la *Loi canadienne sur la santé* appartient au ministre fédéral de la Santé. Pour décider s'il y a lieu d'invoquer les dispositions de la *Loi* ayant trait aux sanctions, le Ministre doit tenir compte du rapport du groupe.

F. L'application de sanctions

Le gouvernement fédéral a recouru aux sanctions obligatoires à trois reprises et a réduit les contributions qu'il versait à un certain nombre de provinces qui autorisaient la surfacturation ou imposaient des frais modérateurs. La première fois, de 1984-1985 à 1986-1987, il a déduit plus de 244 732 000 \$ des transferts du FPE à toutes les provinces. Toutefois, il s'est également conformé au paragraphe 20(6) de la *Loi*, en vertu duquel une province pouvait récupérer ces fonds si elle mettait fin à toute forme de frais directs aux patients dans les trois années suivant l'entrée en vigueur de la *Loi*, soit avant le 1^{er} avril 1987. Comme toutes les provinces se sont conformées à la *Loi* dans ce délai, les montants retenus ont tous été remboursés.

Le gouvernement fédéral a eu recours aux sanctions prévues par la *Loi* une deuxième fois de 1992-1993 à 1995-1996 et il a alors retenu quelque 2 025 000 \$ des transferts pécuniaires versés au titre du FPE à la Colombie-Britannique, parce qu'une quarantaine de médecins de cette province s'étaient désengagés du régime public d'assurance-santé en 1993 et recouraient à la surfacturation. Ces médecins ont, depuis, mis fin à cette pratique.

Enfin, depuis 1995-1996, le gouvernement fédéral impose des sanctions aux provinces qui permettent aux cliniques privées d'exiger des patients le paiement de frais d'établissement pour recevoir des services médicalement nécessaires après qu'il a eu déterminé que ces frais constituent des frais modérateurs. Ces sanctions ont été imposées à cinq provinces. Quand le fédéral a mis fin aux retenues des transferts à l'Alberta en juillet 1996, cette province avait été privée d'une somme totale de 3 585 000 \$. **De la même façon, un total de 284 430 \$ avait été retenu des transferts à Terre-Neuve lorsque cette province s'est conformée à la *Loi* en janvier 1998. Les sanctions imposées au Manitoba (2 355 201 \$) ont été abandonnées le 1^{er} février 1999. Une somme totale de 372 135 \$ a été défalquée des transferts à la Nouvelle-Écosse, qui s'est conformée à *Loi* en novembre 2003. Entre 2002-2003 et 2003-2004, le fédéral a retenu à la Colombie-Britannique un total 173 385 \$ sur les transferts au titre de son TCSPS en raison de frais modérateurs qui avaient été**

perçus dans des cliniques de chirurgie privées. Bien que le fédéral n'ait opéré aucune autre retenue, la question des frais d'établissement des cliniques privées n'est pas éteinte en Colombie-Britannique.

Jusqu'à ce jour, cependant, il n'y a eu aucune sanction discrétionnaire reliée au non-respect des cinq conditions rattachées à la *Loi*, et ce, en dépit des plaintes formulées concernant, par exemple, la transférabilité et l'intégralité.

Ainsi, on soutient que plusieurs provinces contreviennent à la condition de la transférabilité. À cet égard, on rappelle le refus du Québec de signer l'accord de réciprocité en 1988 en vue de rembourser aux autres provinces, selon leur propre taux, les services fournis aux Québécois à l'extérieur de leur province. On indique aussi que les Canadiens doivent de plus en plus recourir à l'assurance privée lorsqu'ils se rendent à l'étranger : le Nouveau-Brunswick, le Québec, la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique ont en effet réduit la couverture pour des services de santé obtenus à l'extérieur du pays. Un certain nombre d'experts reprochent au gouvernement fédéral son inaction dans ce domaine. Ils expliquent que la portée de la condition de la transférabilité est pourtant bien déterminée : en effet, la *Loi* prévoit les modalités de remboursement des services rendus à l'extérieur de la province de résidence. **Pour sa part, la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (la Commission Romanow) a recommandé que la condition de la transférabilité se limite à garantir la transférabilité de la protection à l'intérieur du Canada.**

De la même façon, certains croient que la condition de l'intégralité des soins n'est pas respectée dans les faits, étant donné que les provinces ne garantissent pas nécessairement le même panier de services de santé assurés ou médicalement nécessaires. En outre, ils estiment que la réduction des dépenses publiques pourrait compromettre encore plus la condition de l'intégralité. Le processus de désassurance entamé au cours des dernières années, soutiennent-ils, risque d'entraîner la balkanisation des régimes provinciaux d'assurance-santé. Il est vrai que la loi fédérale ne définit les services assurés que dans les grandes lignes et qu'elle laisse toute latitude aux gouvernements des provinces lorsque vient le moment de déterminer l'ensemble des services que les régimes publics peuvent offrir. Toutefois, il est tout aussi vrai que la désassurance vient accentuer les écarts interprovinciaux dans la couverture des services de santé et que ces disparités risquent de devenir de plus en plus difficiles à justifier. De plus, la désassurance pratiquée uniquement dans le but de réduire les dépenses publiques de santé pourrait, à la limite, entraver la condition d'accès gratuit dans la mesure où il n'est pas prouvé

qu'un service est ou non médicalement nécessaire. Cette situation soulève l'épineux problème de juger de la nécessité médicale d'un service de santé. Il pourrait être difficile de déterminer les limites d'un ensemble de services de santé médicalement nécessaires. Qui plus est, il est difficile de savoir jusqu'où le gouvernement fédéral peut intervenir dans la définition des services assurés sans empiéter sur un champ de compétence provinciale.

Il est important de signaler qu'on n'a jamais imposé de sanctions discrétionnaires, mais qu'un certain nombre de cas de non-respect de la *Loi* ont été réglés par la discussion, la négociation et la persuasion. Cette approche est souvent préférable pour le maintien de bonnes relations entre les deux ordres de gouvernement, mais elle ne permet pas de mettre rapidement un terme aux violations de la *Loi*. Dans son rapport de novembre 1999 (chap. 29), le vérificateur général du Canada a signalé six cas de violation qui avaient été réglés par la discussion et la négociation; toutefois, quatre de ces cas ont nécessité entre 14 et 48 mois de travail, tandis que les deux autres ont pris jusqu'à cinq ans à se régler, et pourtant il n'y a pas eu de sanctions. Dans son rapport de septembre 2002 (chap. 3), la vérificatrice générale du Canada a relevé 12 nouveaux cas de non-conformité possible ou avérée depuis 1999; Santé Canada a encore tenté de les régler par des moyens autres que des sanctions. Deux de ces cas seulement ont été résolus.

G. La question de la privatisation

Dans cette partie, nous tentons de dissiper quelque peu la confusion qui semble actuellement entourer la notion de privatisation et ses conséquences pour la *Loi canadienne sur la santé*.

La privatisation est le processus par lequel le gouvernement transfère au secteur privé une partie de ses activités ou responsabilités. Dans le domaine des soins de santé, la privatisation du financement des services diffère de la privatisation de la prestation de ces services. Pour privatiser le financement des services, il faut prendre des mesures pour que ce soit les patients ou leurs compagnies d'assurance privée qui soient dorénavant responsables de ce financement plutôt que les régimes publics d'assurance-santé. La privatisation de la prestation des services de santé exige quant à elle qu'on fasse davantage appel aux citoyens et établissements ne relevant pas de l'État afin de fournir ces services de santé. Au Canada, la privatisation a surtout soulevé des difficultés concernant le financement des soins de santé puisque la prestation de ces soins est déjà en grande partie assumée par le secteur privé. En fait, les gouvernements fournissent relativement peu de services de santé directement. La plupart des

soins de santé sont fournis par des professionnels à leur compte (comme les médecins, les physiothérapeutes et les pharmaciens) qui ne sont pas au service de l'État. La vaste majorité des hôpitaux et établissements fournissant des soins de longue durée sont sans but lucratif et appartiennent à des intérêts privés; bien qu'ils soient financés par l'État, ce dernier n'en est pas propriétaire.

La privatisation du financement des soins de santé peut être réalisée de deux façons, soit de manière active, lorsqu'il y a limitation des coûts des soins de santé assumés par l'État, soit de manière passive, lorsque la prestation de soins est confié à de nouveaux intervenants travaillant hors des cadres traditionnels. La privatisation active est le résultat direct de la désassurance partielle ou totale des services de santé financés par l'État. Dans les années 1990, afin de réduire les dépenses publiques consacrées aux soins de santé et d'équilibrer leurs budgets, la plupart des provinces ont limité les services fournis dans le cadre de leurs régimes d'assurance-santé. Le lecteur trouvera dans le tableau qui suit une liste des services désassurés dans les diverses provinces. La plupart des services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires demeurent couverts par les régimes provinciaux d'assurance-santé. En fait, l'État assume à peu près 91 p. 100 des dépenses hospitalières et 99 p. 100 du coût de l'ensemble des services fournis par les médecins (selon des données de l'Institut canadien d'information sur la santé). Il n'en reste pas moins que la désassurance a entraîné des disparités entre les provinces au chapitre de la couverture des soins de santé. Par exemple l'enlèvement des verrues n'est plus couvert en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick, en Ontario, au Manitoba, en Alberta, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique, mais l'est toujours à Terre-Neuve-et-Labrador, au Québec et à l'Île-du-Prince-Édouard. Alors que la gastroplastie est couverte dans la plupart des provinces, elle ne l'est pas au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse et au Yukon, ce qui signifie que dans ces provinces et ce territoire, les patients doivent payer l'intervention. De plus, la couverture varie sensiblement d'un bout à l'autre du pays en ce qui concerne les services de santé en matière de reproduction.

La privatisation passive désigne principalement le passage graduel à des soins de santé fournis à l'extérieur des établissements, c'est-à-dire au domicile et dans la collectivité. Des techniques médicales moins invasives et des séjours à l'hôpital plus courts ont permis aux Canadiens de recevoir davantage de soins médicaux à leur domicile et au sein de leur collectivité. Par conséquent, de nombreux services jugés médicalement nécessaires aujourd'hui ne sont plus assurés par l'État parce qu'ils ne sont plus fournis dans les hôpitaux ou par des médecins. Par conséquent, plusieurs observateurs soutiennent que les soins de santé ont

beaucoup changé depuis 1984, année où la *Loi canadienne sur la santé*, qui est axée sur les services fournis par les hôpitaux et les médecins, a été adoptée. En d'autres mots, la définition des « services médicalement nécessaires » n'a pas suivi l'évolution de la prestation de ces services. Le Forum national sur la santé a souscrit à cette opinion lorsqu'il a souligné qu'il serait essentiel de « financer les soins et non les établissements ». Par conséquent, il a recommandé que l'assurance-santé publique soit élargie afin de couvrir un éventail plus large de services et avant tout les soins à domicile et les médicaments sur ordonnance. On croit que la portée de la *Loi* pourrait être élargie sans que soient remises en question les exigences qui y sont incluses. **Dans son rapport, la Commission Romanow était du même avis et a fait des recommandations analogues.**

En ce qui concerne les soins de santé fournis au Canada, la principale inquiétude que soulève la privatisation est qu'elle pourrait entraîner un système « à deux vitesses » – où certains patients paient de leurs poches et bénéficient d'un accès prioritaire aux soins de santé, alors que le reste de la population, qui fait appel aux services de santé publics, doit attendre plus longtemps pour obtenir les soins dont elle a besoin. C'est en 1995 qu'on a commencé à débattre de la question de la privatisation, lorsque le gouvernement fédéral a mis en œuvre sa politique sur les cliniques privées.

Il existe deux catégories de cliniques privées : les cliniques semi-privées et les cliniques entièrement privées. Les cliniques semi-privées sont des établissements qui reçoivent des fonds publics en vertu du régime provincial d'assurance-santé pour les services médicalement nécessaires, mais qui exigent aussi des frais (des « frais d'établissement ») des patients. Selon le gouvernement fédéral les frais d'établissement présentent un problème, puisque les gens qui peuvent se permettre de les payer ont plus rapidement accès aux services. En 1995, la ministre fédérale de la Santé a déclaré que ces cliniques semi-privées étaient assujetties à la *Loi canadienne sur la santé* parce qu'elles 1) sont visées par la définition des « hôpitaux » incluse dans la *Loi*, 2) fournissent des services médicalement nécessaires, et 3) reçoivent des fonds publics. Par conséquent, les cliniques semi-privées contreviennent à la *Loi*, puisque les frais d'établissement qu'elles exigent des patients constituent une forme de frais modérateurs.

SERVICES DE SANTÉ DÉSASSURÉS PAR PROVINCE

Service *	Province
Circoncision de routine des nouveaux-nés	T.-N., Î.-P.-É., N.-É., N.-B., Ont., Alb., Yn
Excision de xanthélasma (enlèvement de taches ovalaires sur les paupières)	T.-N., N.-É., Ont.
Hypnothérapie	T.-N.
Extraction d'une dent incluse	T.-N.
Otoplastie	T.-N., Î.-P.-É., N.-B., Ont., Alb.,
Gastroplastie	N.-B., N.-É., Yn
Détatouage	Sask., Man., Ont.
Inversion de stérilisation	Î.-P.-É., N.-B., Ont., Man., Sask., Alb., Yn (service non assuré en N.-É. et en C.-B.)
Prothèse pénienne	N.-É., Ont., Sask.
Psychanalyse	Man., Qc.
Examen de la vue (personnes âgées de 19 à 64 ans)	Î.-P.-É., N.-É., N.-B., Qc, Man., Sask., Alb.
Enlèvement de verrues et de lésions cutanées bénignes	N.-É., N.-B., Ont., Man., Alb., Sask., C.-B.
Deuxième échographie ou échographie subséquente dans les cas de grossesse sans complication	N.-É., C.-B.
Fécondation <i>in vitro</i>	Ont., Man. (service non assuré à T.-N., en N.-É. et dans les T.N.-O.)
Sclérothérapie simple (enlèvement de varices)	Qc, Ont., Man. (service non assuré en N.-É.)
Insémination artificielle/intra-utérine	N.-É., N.-B. (service non assuré en Alb.)
Enlèvement de cérumen	N.-É.
Anesthésie pour un service non assuré	N.-B., Sask., Alb.
Services de chiropractie	Sask.
Épilation de poils faciaux	Î.-P.-É., Ont.
Réfractions oculaires	T.-N., Sask.
Chirurgie esthétique	Alb. (service non assuré à T.-N., en N.-É., à l'Î.-P.-É., au N.-B., au Qc, au Man., en Sask., en C.-B., au Yn et dans les T.N.-O.)
Chirurgie d'augmentation/de réduction mammaire	N.-É., N.-B., Ont., C.-B.

* Certaines exceptions s'appliquent.

Source : Association médicale canadienne, *Uninsured Medical Services – A Canadian Perspective*, février 1997.

Les cliniques entièrement privées sont des établissements qui ne reçoivent aucun financement gouvernemental : le médecin n'est pas remboursé par le régime provincial d'assurance-santé et les patients doivent défrayer la totalité du coût des services qui leur sont

fournis. La création de telles cliniques n'entraîne pas de réductions dans les transferts aux provinces et les dispositions relatives à la surfacturation et aux frais modérateurs ne s'appliquent pas dans ces cas-là. Il se pourrait cependant que le gouvernement fédéral décide d'intervenir en invoquant la condition de l'accessibilité qui est incluse dans la *Loi* s'il en arrivait à la conclusion que les cliniques entièrement privées menacent l'accès aux services assurés fournis par le régime public. Cette situation pourrait se présenter si ces cliniques décidaient d'offrir aux dispensateurs de soins de santé des incitatifs financiers qui pourraient les amener à quitter le régime public.

Dans la pratique, peu de médecins quittent le régime public, car il est difficile d'attirer un nombre suffisant de patients qui acceptent de payer en totalité les coûts des soins de santé alors qu'ils ont aussi accès au régime public. De plus, tant la loi fédérale que les lois provinciales découragent le recours à une assurance privée pour les services médicalement nécessaires. D'une part, la *Loi canadienne sur la santé* exige que les régimes provinciaux d'assurance-santé rendent des comptes aux gouvernements provinciaux et qu'ils soient à bout non lucratif, ce qui empêche effectivement les régimes privés d'assurance de couvrir les services médicalement nécessaires. D'autre part, la majorité des provinces (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Québec, Nouveau-Brunswick et Nouvelle-Écosse) interdisent aux compagnies d'assurance privée de couvrir les services qui sont également garantis par les régimes publics d'assurance-santé.

La privatisation a de nouveau suscité de l'inquiétude en 2000, lorsque le gouvernement de l'Alberta a adopté une loi (projet de loi 11) sur le recours au secteur privé pour des services chirurgicaux médicalement nécessaires. Cette loi permet aux régies régionales de la santé (qui sont financées par l'État) de conclure des marchés avec des dispensateurs de soins du secteur privé – à but lucratif ou non – en vue de la prestation de services chirurgicaux. Le patient n'est pas censé assumer personnellement de frais, puisque les coûts liés à la chirurgie seront entièrement payés par le régime provincial d'assurance-santé. Les régies régionales s'occuperont également de la coordination de la prestation des services chirurgicaux non assurés qui nécessitent un séjour prolongé en établissement. Le gouvernement de l'Alberta croit que le recours à des établissements gérés par le secteur privé pour fournir des services chirurgicaux contribuera à réduire les listes d'attente dans le régime public, améliorera l'accès aux soins et accroîtra l'efficacité. Les dispensateurs de soins du secteur privé seront tenus de respecter les exigences de la *Loi canadienne sur la santé*. Le gouvernement de l'Alberta estime que la *Loi* n'empêche pas un établissement de santé public d'avoir recours au secteur privé pour fournir ses services.

Néanmoins, le ministre fédéral de la Santé de l'époque s'est inquiété des conséquences que cette loi albertaine pourrait avoir à long terme. Il a dit, entre autres, douter que les dispensateurs du secteur privé fournissent des services d'une manière plus rapide et plus rentable que les hôpitaux publics existants (s'ils recevaient les fonds supplémentaires). Il s'est aussi demandé si l'expansion des établissements privés à but lucratif contribuerait à soutenir la prestation des soins de santé ou ne minerait pas plutôt la *Loi*.

Dans certaines provinces, l'exploitation de cliniques privées offrant l'imagerie par résonance magnétique (IRM), les rayons X, l'échographie et les tomodensitogrammes suscite des craintes au sujet de la condition d'accessibilité définie dans la *Loi*. En effet, grâce à ces cliniques, certains patients réussissent à éviter les listes d'attente. Ainsi, un patient qui peut se permettre de payer ces services obtient un diagnostic plus rapidement, puis se tourne vers le système public pour se faire traiter avant les autres patients qui attendent toujours leur diagnostic. **En septembre 2000, le ministre fédéral de la Santé a écrit à ses homologues albertain et québécois afin de leur demander plus de renseignements sur les cliniques d'imagerie diagnostique dans ces provinces. En juillet 2003, le Ministre a de nouveau écrit à quatre provinces au sujet des cliniques d'IRM et de tomodensitométrie. Des consultations avec les représentants des provinces ont suivi, mais les discussions ont été reportées à la demande des provinces.**

En avril 2005, le ministre fédéral de la Santé a de nouveau écrit à l'Alberta, à la Colombie-Britannique, au Québec et à la Nouvelle-Écosse pour leur faire part de ses préoccupations au sujet des cliniques privées à but lucratif d'imagerie diagnostique qui offrent des services dans ces provinces. Les préoccupations ont trait à la nécessité médicale (intégralité), au paiement par les particuliers (dispositions sur les frais modérateurs) et au resquillage (accessibilité) ainsi qu'au risque de non-respect de la *Loi*. Si les consultations avec les quatre provinces s'avéraient non concluantes, le processus PRD pourrait être enclenché afin de faire en sorte que les cliniques privées offrant des services d'imagerie diagnostique le fassent en conformité avec la *Loi*. Ce processus pourrait permettre de recueillir des renseignements et des précisions utiles concernant le rôle et l'impact des soins de santé privés dispensés dans un but lucratif.

H. Les options : faut-il maintenir la *Loi* telle quelle, la modifier ou l'abolir?

Dans le contexte actuel de la réforme structurelle des soins de santé, on s'est souvent demandé s'il était possible de maintenir la *Loi canadienne sur la santé* ou s'il ne valait pas mieux la modifier.

Certains sont d'avis qu'il ne faut pas la modifier. Selon eux :

- toute modification des cinq conditions sur lesquelles repose l'assurance-santé viendrait miner les plus belles réussites du système de soins de santé au Canada;
- la nécessité pour l'État de contenir le coût des soins de santé ne devrait pas servir à justifier une révision de la *Loi*;
- il est possible de maintenir les cinq conditions énoncées dans la *Loi* pendant que le système est réorganisé de façon à en améliorer l'efficacité clinique et économique;
- une allocation efficace des deniers publics, combinée à une utilisation plus judicieuse du personnel et des soins médicaux, permettrait de réduire les dépenses publiques totales en santé et de financer une vaste – et même une plus vaste – gamme de services efficaces et nécessaires;
- en quelque sorte le statu quo est préférable, étant donné que la majorité des provinces ont déjà entrepris une réforme de leur système de prestations de soins en misant sur une plus grande efficacité.

Pour un nombre croissant d'experts, cependant, le statu quo est impossible. La *Loi canadienne sur la santé*, disent-ils, doit être modifiée. Certains suggèrent de mieux définir ce que signifie l'expression « services médicalement nécessaires ». Ceux qui estiment que la condition de l'intégralité de la *Loi* est vague et imprécise expliquent que des éclaircissements à cet égard comporteraient plusieurs avantages. Cela permettrait, d'une part, de délimiter les services qui doivent être pris en charge par le secteur public et, d'autre part, d'assurer une plus grande uniformité du panier de services dans tout le pays, ce qui, en bout de ligne, mettrait un terme à la balkanisation des régimes provinciaux d'assurance-santé. Cela permettrait aussi d'établir les limites de la nécessité médicale en tenant compte de facteurs importants, comme les considérations cliniques, économiques et éthiques.

La *Loi* pourrait être clarifiée de trois façons différentes. Premièrement, on pourrait ajouter, à l'article 2, une définition du terme « médicalement nécessaire ». Deuxièmement, il serait également possible de clarifier, toujours à l'article 2, les définitions relatives aux services médicaux, aux services hospitaliers et aux services complémentaires de

santé. Troisièmement, on pourrait recourir aux dispositions de l'article 22, en vertu duquel le gouvernement fédéral peut établir par règlement 1) une définition des services complémentaires de santé et 2) la liste des services hospitaliers qui seraient exclus de l'ensemble des services assurés. La *Loi* précise que de tels règlements ne peuvent être établis de façon unilatérale, ni sans l'accord de toutes les provinces.

Ces trois options sont toutefois loin de faire l'unanimité. Un certain nombre d'analystes prétendent que la *Loi* a jusqu'ici donné aux provinces la latitude nécessaire pour qu'elles interprètent ces termes en fonction de leurs propres conditions économiques, politiques et sociales. À leur avis, des définitions trop précises pourraient limiter les possibilités qu'ont les gouvernements des provinces de répondre aux besoins et aux valeurs propres de leurs résidents.

Certains experts favorisent l'imposition de frais directement aux patients pour les services garantis par les régimes publics d'assurance-santé. Ils expliquent que l'imposition de frais modérateurs contribuerait, d'une part, à limiter la consommation abusive de soins de santé par certains patients et, d'autre part, à réduire les dépenses publiques consacrées aux soins de santé. L'incidence des frais modérateurs sur l'utilisation des services de santé ainsi que leur impact sur les dépenses publiques font depuis longtemps l'objet d'un vif débat, et nous n'en parlerons pas ici. Mentionnons cependant que plusieurs analystes sont d'avis que les frais modérateurs constituent un pas en arrière, étant donné que la *Loi* a été adoptée dans le but exprès de les décourager.

Pour d'autres, enfin, la *Loi* crée des rigidités puisqu'elle limite les moyens d'action à la disposition des gouvernements des provinces dans leur lutte pour réformer la prestation des soins de santé et accroître la rentabilité et l'efficacité de ce secteur. Leur solution, qui est certes la plus radicale, serait d'abolir la *Loi*. Il est toutefois difficile de prévoir les conséquences d'une telle mesure. Il se pourrait, par exemple, qu'elle n'ait aucune incidence. En effet, si la vaste majorité de la population canadienne demeure satisfaite du régime actuel, il se pourrait que les pressions de l'électorat suffisent à elles seules à forcer les gouvernements provinciaux à respecter les exigences de l'assurance-santé dans l'ensemble du pays. À l'inverse, il se pourrait aussi que l'abrogation de la *Loi* entraîne un grand nombre d'expériences diverses dans tout le pays; il en résulterait sûrement un écart grandissant entre les régimes d'assurance-santé provinciaux, en particulier entre les provinces à capacité fiscale fort différente.

Pour sa part, le gouvernement fédéral a déjà pris position. En adoptant le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux et son successeur, le Transfert canadien en matière de santé, il a fait en sorte de maintenir une contribution financière suffisante et de préserver le pouvoir que lui confère la *Loi*. **De plus, la politique fédérale de 1995 sur les**

cliniques privées et la série de lettres au sujet des cliniques d'imagerie diagnostique (2000, 2003, 2005) donnent à penser que le gouvernement fédéral est prêt à enclencher le processus PRD pour faire respecter la *Loi*.

MESURES PARLEMENTAIRES

Au Canada, les gouvernements sont intervenus dans le secteur des soins de santé pour favoriser l'équité sociale et économique. Tout d'abord en 1957, avec l'adoption de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques*, puis ensuite en 1966, avec la *Loi sur les soins médicaux*, le gouvernement fédéral a usé de son pouvoir de dépenser pour transférer des fonds en les assortissant d'exigences qu'il jugeait important d'imposer, sans toutefois venir directement réglementer ce secteur qui relève de la compétence provinciale. En sanctionnant la *Loi canadienne sur la santé* en 1984, il a par contre influé sur les régimes provinciaux d'assurance-santé en établissant neuf grandes exigences dont cinq conditions précises. Ces conditions garantissent à tous les Canadiens un accès aux services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires sans aucun obstacle financier ou autre, et ce, par le truchement d'un régime public à but non lucratif. Elles assurent également un remboursement pour les services de santé assurés qui sont reçus en quelque lieu que ce soit au Canada et à l'étranger.

Les cinq conditions énoncées dans la *Loi* n'ont rien de nouveau : elles étaient déjà énoncées dans les lois antérieures sur les soins médicaux et hospitaliers. Ce que la *Loi* de 1984 a apporté de nouveau, ce sont les sanctions relatives aux manquements, c'est-à-dire au non-respect, par les gouvernements des provinces, dans le cadre de leur régime d'assurance-santé, des conditions qu'elle prévoit. Les transferts pécuniaires fédéraux dans le cadre du FPE, du TCSPS ou du TCS comme d'autres transferts aux administrations provinciales, étaient ou sont assujettis au respect de ces conditions.

Depuis l'adoption de la *Loi*, les provinces ont respecté en grande partie ces cinq conditions et les autres dispositions de la *Loi*, bien que le gouvernement fédéral ait dû intervenir afin de garantir le respect des clauses relatives à la surfacturation et aux frais modérateurs. Le gouvernement fédéral n'a toutefois pas imposé de sanction à l'égard de certains manquements aux cinq conditions de l'assurance-santé publique. Il a préféré limiter son action, du moins jusqu'ici, à la persuasion et à la négociation. Certains ont critiqué cette approche : on a parlé de l'inaction du gouvernement fédéral et de son incapacité à faire réellement respecter ces

conditions. Compte tenu du partage des pouvoirs entre les deux ordres de gouvernement, on peut s'attendre à ce qu'une intervention du gouvernement fédéral dans ce domaine entraîne des conflits avec les gouvernements provinciaux et à ce que des avertissements ne suffisent pas, à eux seuls, à obtenir la collaboration des gouvernements provinciaux.

Somme toute, tout projet de réforme de la *Loi canadienne sur la santé* devra inévitablement tenir compte de considérations constitutionnelles (répartition des pouvoirs), politiques (faisabilité et acceptation par l'électorat) et économiques (rapport coût-efficacité).

CHRONOLOGIE

1^{er} avril 1984 - La *Loi canadienne sur la santé* reçoit la sanction royale.

mai 1994 - Conformément à la *Loi*, le gouverneur en conseil décide de retenir 1,75 million de dollars des paiements de transfert versés au titre du FPE à la Colombie-Britannique parce que certains médecins se sont désengagés du système public d'assurance-santé et ont eu recours à la surfacturation en 1993.

septembre 1994 - Réunion fédérale-provinciale-territoriale des ministres de la Santé à Halifax, en Nouvelle-Écosse. Tous les ministres présents, à l'exception de la ministre de l'Alberta, conviennent « d'entreprendre tout démarche qui pourrait être nécessaire pour régler l'établissement des cliniques privées au Canada et maintenir un régime d'assurance-santé de grande qualité par les gouvernements ».

janvier 1995 - La ministre de la Santé, l'honorable Diane Marleau, fait parvenir à ses homologues provinciaux une lettre les informant de l'intention du gouvernement fédéral d'imposer des sanctions pécuniaires aux provinces dont les cliniques privées exigent que leurs patients paient des frais supplémentaires, au-delà du montant remboursé par l'assurance-santé. Les provinces ont jusqu'au 15 octobre 1995 pour se conformer à cette nouvelle interprétation de la *Loi*.

Abrogation de l'article 6 de la *Loi* à titre d'amendement consécutif du projet de loi C-76. Malgré cette abrogation, les services complémentaires de santé continuent à faire partie de la *Loi* comme ils l'avaient été depuis 1984. Par conséquent, ces services sont toujours assujettis uniquement aux obligations relatives à la communication de renseignements et à la reconnaissance des transferts fédéraux, ainsi que le dispose l'article 13 de la *Loi*.

- juin 1995 - Le projet de loi C-76, en vertu duquel les transferts versés au titre du FPE sont combinés à ceux du RAPC pour former un financement global, reçoit la sanction royale.
- novembre 1995 - La ministre de la Santé, l'honorable Diane Marleau, indique que le gouvernement fédéral a commencé à imposer des retenues pécuniaires à toutes les provinces dont les cliniques semi-privées exigent des frais modérateurs. Ces provinces sont l'Alberta, le Manitoba, la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve.
- avril 1996 - Entrée en vigueur du nouveau TCSPS, qui combine les transferts du FPE et ceux du RAPC.
- juillet 1996 - Santé Canada lève les sanctions imposées à l'Alberta après que cette province s'est conformée à la *Loi*.
- janvier 1998 - Les sanctions imposées à Terre-Neuve relativement aux cliniques privées sont levées.
- février 1999 - Santé Canada met un terme aux sanctions imposées au Manitoba concernant la politique fédérale sur les cliniques privées.
- septembre 2000 - Le ministre fédéral de la Santé, Allan Rock, écrit une lettre à ses homologues albertain et québécois afin de leur demander plus de renseignements sur les cliniques d'IRM dans ces provinces.
- juillet 2003 - Le ministre fédéral de la Santé, l'honorable Anne McLellan, écrit à l'Alberta, à la Colombie-Britannique, à la Nouvelle-Écosse et au Québec pour leur faire part de son opposition au resquillage qui est causé par les cliniques privées d'imagerie diagnostique.**
- avril 2005 - Le ministre fédéral de la Santé, l'honorable Ujjal Dosanjh, écrit aux quatre mêmes provinces au sujet des cliniques privées offrant l'IRM et les tomodensitogrammes.**

BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE

Alberta Health and Wellness. *Policy Statement on the Delivery of Surgical Services*, Gouvernement de l'Alberta, 17 novembre 1999.

Association du Barreau canadien. *Un droit à la santé? Réflexions en vue d'une réforme canadienne*, Rapport du Groupe de travail sur les soins de santé de l'Association du Barreau canadien, Ottawa, août 1994.

Association canadienne de la santé publique. *Caring About Health*, Document de discussion sur les dispositions fédérales/provinciales/territoriales en matière de politique sur la santé, 1992.

Association canadienne des soins de santé. *The Private-Public Mix in the Funding and Delivery of Health Services in Canada: Challenges and Opportunities*, document d'orientation, Ottawa, 2001.

Association médicale canadienne.

- *Toward a New Consensus on Health Care Financing in Canada*, Document de discussion, juillet 1993.
- *Core and Comprehensive Health Care Services: A Proposed Framework for Decision-Making – Executive Summary*, Ottawa, 13 mai 1994.

Blache, Pierre. « Le pouvoir de dépenser au cœur de la crise constitutionnelle canadienne », *Revue générale de droit*, vol. 24, n° 1, 1993, p. 29 à 64.

Boothe, Paul et Barbara Johnston. « Stealing the Emperor's Clothes: Deficit Offloading and National Standards in Health Care », *C.D. Howe Institute Commentary*, n° 41, mars 1993.

Brooks, Janet. « Alberta's Private MRI Clinics One Sign of Move Away From Cash-Free Medical Care », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 151, n° 5, 1^{er} septembre 1994, p. 647 et 648.

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie (l'honorable Michael J.L. Kirby, président). *Volume six : Recommandations en vue d'une réforme*, Rapport final sur l'état du système de soins de santé au Canada, octobre 2002.

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Roy J. Romanow, commissaire).
***Guidé par nos valeurs – L'avenir des soins de santé au Canada*, novembre 2002.**

Conseil national du bien-être social.

- *La santé, les soins de santé et l'assurance-maladie*, Ottawa, automne 1990.
- *Les dangers qui guettent le financement de la santé et de l'enseignement supérieur*, Ottawa, printemps 1991.

Courchene, Thomas J. *Social Canada in the Millennium – Reform Imperatives and Restructuring Principles*, Institut C.D. Howe, 1994.

Evans, Robert G., Morris L. Barer, Greg L. Stoddart et Vandna Bhatia. *It's Not the Money, It's the Principle: Why User Charges for Some Services and Not Others?*, Document de discussion n° 94-06, Centre for Research on Economic and Social Policy, Université de la Colombie-Britannique, janvier 1994.

Flood, Colleen M. et Sujit Choudhry. *Consolider les fondements : La modernisation de la Loi canadienne sur la santé*, Étude n° 13, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, août 2002.

Forum national sur la santé.

- *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, Ottawa, 1996.
- *Le financement public et privé du système de santé du Canada*, Ottawa, 1995.

Godbout, Gilles. « Les transferts fédéraux aux provinces : une réforme nécessaire », *Options politiques*, vol. 14, décembre 1993, p. 40 à 44.

Gray, Charlotte. « As Ottawa Reduces Stake in Health Care System, Does it Open Door for Private Sector », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 151, n° 5, 1^{er} septembre 1994, p. 643 et 644.

Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances des dépenses nationales de santé (1975-1999) – Sommaire*, 16 décembre 1999.

Jenness, R.A. et M.C. McCracken. *Review of the Established Programs Financing System*, Informetrica, document n° 2, préparé pour le ministère des Affaires inter-gouvernementales de l'Ontario, 29 octobre 1993.

Kennedy, Mark. « Is There a Cure for Medicare? », *Ottawa Citizen*, 3 septembre 1994, p. B1 et B2.

Leeson, Howard. *La compétence constitutionnelle dans le domaine des services et des soins de santé au Canada*, Étude n° 12, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, août 2002.

Madore, Odette. *L'appui du gouvernement fédéral aux soins de santé prévu par le projet de loi C-28, la Loi d'exécution du budget de 2003*, PRB 03-20F, Service d'information de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, 21 novembre 2003.

Martin, Sheilah L. *La reproduction féminine, la Charte canadienne des droits et libertés et la Loi canadienne sur la santé*, Conseil consultatif sur la situation de la femme, septembre 1989.

Moran, Terry. « Province's Former Health Minister Brings Private-Sector MRI to BC », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 151, n° 5, 1^{er} septembre 1994, p. 645 et 646.

Premiers ministres fédéral, provinciaux et territoriaux. *Un cadre visant à améliorer l'union sociale pour les Canadiens*, 4 février 1999.

Rachlis, Michael. « Le bistouri sur la gorge – Medicare, la pièce maîtresse des programmes sociaux canadiens est en danger », *Les Cahiers de l'Agora*, vol. 1, avril 1994, p. 17 à 20.

Santé Canada.

- *Loi canadienne sur la santé – Rapport annuel*, Ottawa, années diverses.
- « *La Loi canadienne sur la santé n'admet pas un système de santé à deux paliers*, affirme Diane Marleau », communiqué, 6 janvier 1995.

- ***Prévention et règlement des différends reliés à la LCS, feuillet d'information, 25 novembre 2002.***
- ***Affidavit de Gigi Mandy, directrice, Division de la Loi canadienne sur la santé, Santé Canada, Cour fédérale, Section de première instance, dossier de la Cour T-709-03, octobre 2003.***

Santé nationale et Bien-être social Canada. *Pour une assurance-santé universelle*, Ottawa, 1983.

Sormany, Pierre. « La médecine privatisée », *Affaires Plus*, n° 15, septembre 1992, p. 18 à 21 et 24 et 25.

Thomson, Alistair.

- *Federal Support for Health Care – A Background Paper*, Groupe d'intervention action santé (HEAL), juin 1991.
- *Getting to the Core of Comprehensiveness – A Discussion Paper by the Health Action Lobby*, Groupe d'intervention action santé (HEAL), mars 1994.

Vérificateur général du Canada.

- *L'appui fédéral à la prestation de soins de santé*, chap. 29, rapport de novembre 1999.
- *Santé Canada – Appui fédéral à la prestation de soins de santé*, chap. 3, rapport de septembre 2002.