

**LA PRESTATION ET LE FINANCEMENT DES SOINS
DE SANTÉ PRIVÉS SOUS LE RÉGIME DE LA
*LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ***

Odette Madore
Division de l'économie

Marlisa Tiedemann
Division du droit et du gouvernement

Le 28 décembre 2005

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, il 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.

**THIS DOCUMENT IS ALSO
PUBLISHED IN ENGLISH**

TABLE DES MATIÈRES

	Page
INTRODUCTION	1
NOTIONS ET DÉFINITIONS	1
A. Secteur public et secteur privé	1
B. Financement et prestation.....	2
C. Le participation des secteurs privé et public au financement et à la prestation des soins de santé	2
LA <i>LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ</i>	6
SERVICES DE SANTÉ FINANCÉS ET FOURNIS PAR LE SECTEUR PRIVÉ SOUS LE RÉGIME DE LA <i>LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ</i>	9
CONTESTATIONS JUDICIAIRES RÉCENTES	12
CONCLUSION.....	14
BIBLIOGRAPHIE.....	15



CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

LA PRESTATION ET LE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ PRIVÉS SOUS LE RÉGIME DE LA *LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ*

INTRODUCTION

Le présent document examine le rôle du secteur privé dans le contexte de la *Loi canadienne sur la santé* (la *Loi*). Il ne propose pas une interprétation juridique de la *Loi*, mais résume plutôt la littérature récente sur le sujet. La première partie précise les notions de secteur public et de secteur privé dans le contexte des soins de santé et distingue le financement de la prestation des services de santé. La deuxième partie passe brièvement en revue les conditions énoncées dans la *Loi* et explique comment celle-ci s'applique au rôle joué actuellement par les secteurs public et privé dans la prestation et le financement des soins dans le système de santé canadien. La troisième partie évalue dans quelle mesure l'expansion des soins de santé privés pourrait porter atteinte au système public. La dernière partie résume deux contestations judiciaires récentes portant respectivement sur l'étendue de la prestation des soins de santé privés sous le régime de la *Loi* et sur l'interdiction de l'assurance-santé privée au Québec.

NOTIONS ET DÉFINITIONS

A. Secteur public et secteur privé

Afin de préciser le sens donné aux termes « public » et « privé » dans le contexte des soins de santé, il convient de signaler qu'il existe de nombreux niveaux à l'intérieur des secteurs public et privé. Comme l'indique le tableau 1, le secteur public désigne les gouvernements et les organismes gouvernementaux, le terme « gouvernement » englobant les administrations nationale (ou fédérale), provinciales et municipales. Le secteur privé est vaste : il comprend les sociétés à but lucratif, les petites entreprises et les entrepreneurs, les organisations bénévoles ou caritatives sans but lucratif, ainsi que les particuliers et les familles.

Tableau 1
Éléments des secteurs public et privé

Secteur	Niveau
Public	<ul style="list-style-type: none">• National (fédéral)• Provincial ou territorial• Régional• Local
Privé	<ul style="list-style-type: none">• Sociétés à but lucratif• Petites entreprises/entrepreneurs• Organisations caritatives (sans but lucratif) avec employés rémunérés ou bénévoles• Familles/particuliers

Source : Raisa B. Deber *et al.*, « Le financement des soins de santé : le partage public-privé », dans *Groupe de travail sur l'atteinte d'un équilibre : Les systèmes de soins de santé au Canada et ailleurs*, documents commandés par le Forum national sur la santé, vol. 4, Sainte-Foy (Qc), Éditions MultiMondes, 1998, p. 433.

B. Financement et prestation

Il existe aussi une différence importante entre le financement et la prestation des soins de santé. Le financement est la façon dont les services sont payés, alors que la prestation est la façon dont les services sont organisés, administrés et fournis. Le financement des soins de santé est soit indirect, lorsqu'un régime d'assurance règle la facture, ou direct, lorsque les particuliers et les familles la paient de leur poche. Les assurances peuvent couvrir la totalité ou une partie des dépenses; les particuliers et les familles peuvent acquitter la totalité du montant des soins de santé ou seulement une partie, par le truchement des primes, de la coassurance, de la participation aux coûts ou d'une franchise. La prestation des soins de santé fait intervenir une foule de personnes et d'établissements, à savoir des praticiens, des cliniques, des hôpitaux et d'autres types d'établissements, des ministères, des organisations et des entreprises.

C. La participation des secteurs public et privé au financement et à la prestation des soins de santé

Le fait que les secteurs public et privé interviennent tous deux dans le financement et la prestation des soins de santé complique encore davantage la question. Les différentes possibilités de participation des deux secteurs au financement et à la prestation des soins de santé au Canada sont illustrées au tableau 2.

Tableau 2
Présence des secteurs public et privé dans le système de soins de santé

		PRESTATION		
		Secteur public	Secteur privé sans but lucratif	Secteur privé à but lucratif
F I N A N C E M E N T	Secteur public	(1) <ul style="list-style-type: none"> • Santé publique • Établissements psychiatriques provinciaux • Soins à domicile dans certaines provinces 	(2) <ul style="list-style-type: none"> • La plupart des hôpitaux • Traitement de la toxicomanie 	(3) <ul style="list-style-type: none"> • Médecins du secteur des soins primaires • Services auxiliaires dans les hôpitaux (services de buanderie, préparation des repas et entretien) • Laboratoires et services de diagnostic dans la plupart des provinces • Certains hôpitaux
	Secteur privé	(4) <ul style="list-style-type: none"> • Biens et services non médicaux (p. ex. chambre individuelle) et médicaux (p. ex. plâtre en fibre de verre) à valeur ajoutée dans un hôpital public 	(5) <ul style="list-style-type: none"> • Certains soins à domicile et certaines maisons de repos dans certaines provinces 	(6) <ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie esthétique • Soins de longue durée • Prestations complémentaires de santé, p. ex. médicaments sur ordonnance, soins dentaires et soins ophtalmologiques dans certaines provinces • Certaines cliniques d'examen IRM et TDM • Certaines cliniques de chirurgie

Source : Raisa B. Deber, *La prestation des soins de santé : publique, sans but lucratif ou privée?*, étude n° 17, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, août 2002 (http://www.hc-sc.gc.ca/francais/pdf/romanow/17_Deber_F.pdf), p. 3 et 4; Groupe de travail (Roland Arpin, président), *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, septembre 1999 (http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1999/99_653/rapport.pdf), p. 37; Division de l'économie, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

La santé publique (case (1) du tableau 2) relève principalement du secteur public : le gouvernement finance les services de santé publique (immunisation, assainissement de l'eau, etc.) et en assure la prestation. La chirurgie esthétique (case (6)), par contre, est laissée presque entièrement au secteur privé : la totalité de la facture des fournisseurs privés à but lucratif est acquittée par le client, ou sa compagnie d'assurances, ou les deux.

La case (6) présente aussi la situation où certains services de santé sont fournis entièrement en marge du système public. C'est le cas, par exemple, des cliniques d'imagerie diagnostique privées qui offrent des examens par imagerie par résonance magnétique (IRM) et par tomodensitométrie (TDM), dont les frais sont entièrement à la charge du patient. Une situation comparable est celle des hôpitaux privés indépendants où des interventions chirurgicales sont pratiquées par des médecins qui ont choisi le désengagement ou retrait du système public⁽¹⁾ et dont les patients assument la totalité des coûts (p. ex. le Cambie Surgery Centre de Vancouver et le Maple Surgical Centre de Winnipeg).

Les cases (2) et (3) du tableau 2 illustrent l'association de services publics et privés qui a le plus souvent cours dans le système de soins de santé canadien financé sur les fonds publics. Le gouvernement provincial finance divers services de santé par l'entremise de son régime d'assurance-santé, mais les services assurés par le régime sont pour la plupart fournis par un éventail de fournisseurs privés sans but lucratif et de fournisseurs privés à but lucratif (fournisseurs individuels ou établissements). À titre d'exemple, la plupart des médecins de famille dans les établissements de soins primaires reçoivent des fonds publics, mais ce sont des fournisseurs privés qui ne sont pas employés par le gouvernement. Les cabinets de médecin sont en effet souvent classés dans la catégorie des petites entreprises. Beaucoup de gens croient que les services hospitaliers sont des services publics parce qu'ils sont administrés et financés par le gouvernement et qu'ils sont assujettis à une obligation de transparence à l'égard de la population. Toutefois, dans plusieurs provinces, ils sont assurés dans une large mesure par des organisations privées sans but lucratif. Les services de laboratoire et de diagnostic offrent un autre exemple de financement public et de prestation privée : ils sont payés par le régime public d'assurance-santé, mais dans la plupart des provinces, ils sont fournis par des établissements privés à but lucratif. Dans bien des cas, ce sont des entreprises privées à but lucratif qui assurent les services de buanderie et de préparation des repas et les autres services de soutien ou services auxiliaires dans les hôpitaux financés par l'État.

La case (4) du tableau 2 illustre la situation où un patient demande, dans un hôpital public, un service médical à valeur ajoutée (p. ex. un plâtre en fibre de verre plutôt qu'un plâtre ordinaire) ou un service non médical supplémentaire (p. ex. une chambre individuelle, un

(1) Un médecin est désengagé lorsqu'il décide de renoncer à son droit de facturer le régime public d'assurance-santé et s'établit dans le secteur privé. Tous les régimes provinciaux d'assurance-santé permettent aux médecins de se désengager.

téléphone ou un téléviseur), ou a besoin d'un tel service, dont lui-même ou sa compagnie d'assurances assume les frais⁽²⁾. Enfin, la case (5) présente la situation où un particulier ou sa compagnie d'assurances doit payer les services fournis par le secteur privé sans but lucratif, par exemple les soins à domicile et les foyers de soins infirmiers dans certaines provinces.

Ces exemples montrent bien la complexité des divers agencements de financement et de prestation par les secteurs public et privé dans le système de santé canadien. Santé Canada a d'ailleurs confirmé ces agencements :

Le Canada dispose d'un système de soins de santé principalement subventionné par l'État et dont la prestation des services est assurée par des organismes privés [...] Connue par les Canadiennes et les Canadiens comme « l'assurance-maladie », ce système offre un accès universel à des services hospitaliers et médicaux complets qui sont nécessaires sur le plan médical, conformément à la *Loi canadienne sur la santé*.

Le Canada ne dispose pas généralement d'un système de « médecine socialisée », dans lequel les médecins sont à l'emploi du gouvernement. La plupart des médecins sont plutôt des praticiens privés qui travaillent en pratique indépendante ou en groupe et qui bénéficient d'un degré élevé d'autonomie [...] Les autres fournisseurs, tels que les infirmières et infirmiers, les dentistes et les pharmaciens travaillent dans divers milieux privés sans but lucratif et à but lucratif et publics.

La plupart des hôpitaux canadiens fonctionnent comme des entités privées sans but lucratif et sont dirigés par des conseils d'administration communautaires composés d'administrateurs, par des organisations bénévoles ou par des municipalités. Toutefois, les services dispensés au sein de l'hôpital, p. ex., les services de pharmacie, de préparation des aliments et d'entretien des installations, le sont par un éventail d'organismes privés sans but lucratif et à but lucratif, et publics. Certains services de soins prolongés subventionnés par l'État, tels que les programmes de soins continus, sont aussi soumis à divers mécanismes de prestation publics et privés sans but lucratif et à but lucratif, et une place grandissante est accordée à la prestation des services publics par des organisations privées à but lucratif.⁽³⁾

(2) Des services médicaux et non médicaux à valeur ajoutée peuvent aussi être demandés et payés par un patient qui reçoit des soins dans un établissement privé mais financé par les fonds publics.

(3) Santé Canada, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, *Demande de lettres d'intention (DLI 004) pour de la recherche primaire – Prestation de services par le secteur privé dans le système de soins de santé canadien actuel : recherche sur la portée et l'étendue*, novembre 2001 (http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/finance/hprp-prpms/complet-term/rfloi-dli-04_f.html).

LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

La *Loi canadienne sur la santé* énonce cinq conditions d'octroi (couramment appelées « principes nationaux ») que les régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires doivent respecter pour avoir droit à la pleine contribution fédérale totale prévue sous le régime du Transfert canadien en matière de santé (TCS). Ces conditions n'imposent cependant pas d'obligations juridiquement contraignantes aux gouvernements des provinces et des territoires. Le respect des exigences de *Loi* est entièrement facultatif – la seule pénalité est le non-versement de fonds fédéraux⁽⁴⁾. Les sanctions sont d'ordre financier et politique et non juridique⁽⁵⁾. Les cinq conditions sont les suivantes :

- *Gestion publique* : Chaque régime provincial d'assurance-santé doit être géré par une autorité publique à but non lucratif qui doit rendre compte de ses opérations financières devant le gouvernement provincial.
- *Intégralité* : Le régime d'assurance-santé d'une province doit couvrir tous les « services médicalement nécessaires » (soins hospitaliers, services médicaux et interventions de chirurgie dentaire nécessaires qui ne peuvent être pratiquées que dans un hôpital).
- *Universalité* : Tous les résidents de la province doivent avoir accès à l'assurance-santé publique et aux services assurés, et ce, selon des modalités uniformes.
- *Transférabilité* : Les provinces et les territoires sont tenus de 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.
- *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. Cette condition s'appuie sur deux dispositions de la *Loi* qui visent expressément à décourager les provinces d'exiger une contribution financière de la part 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⁽⁶⁾.

(4) Sujit Choudhry, « Bill 11, the *Canada Health Act* and the Social Union: The Need for Institutions », *Osgoode Hall Law Journal*, vol. 38, n° 1, printemps 2000, p. 39 à 99 (<http://www.yorku.ca/ohlj/archive/vol38.htm>).

(5) Institut économique de Montréal, « Réformes de la santé : jusqu'où peut-on étirer l'élastique? », *Note économique*, avril 2003 (<http://www.iedm.org/uploaded/pdf/santejuridique.pdf>).

(6) L.R.C. 1985, ch. C-6.

Les conditions portent uniquement sur le financement des services de santé assurés par les gouvernements; elles ne s'appliquent pas à la contribution des secteurs public et privé à la prestation des soins de santé. Pour ce qui est du financement, les conditions de la gestion publique et de l'accessibilité sont particulièrement importantes, car, respectivement, elles découragent l'assurance privée et limitent les dépenses directes des particuliers consacrées aux services de santé assurés par les gouvernements.

La condition relative à la gestion publique favorise le modèle axé sur un assureur public unique. Selon Santé Canada, l'objectif stratégique initial de cette condition était d'empêcher les provinces d'utiliser les transferts fédéraux pour subventionner la couverture des résidents de la province par des assureurs privés à but lucratif. Certains sont néanmoins d'avis que le secteur privé à but lucratif peut jouer un rôle dans l'administration du régime d'assurance-santé provincial. Une province peut, par exemple, faire appel à un organisme privé pour faire du travail de bureau, à condition qu'il continue d'incomber à la province d'établir et d'approuver les montants des prestations pour soins de santé et les montants à verser aux fournisseurs de soins et aux établissements de santé⁽⁷⁾.

Contrairement à ce que pensent la plupart des gens, certains croient que la condition relative à la gestion publique n'interdit pas les assurances-santé privées⁽⁸⁾. Six provinces (l'Alberta, la Colombie-Britannique, l'Île-du-Prince-Édouard, le Manitoba, l'Ontario et le Québec) ont toutefois interdit expressément aux assureurs privés de couvrir les services assurés par le régime provincial afin de bien établir le modèle axé sur un assureur public unique. Dans ces provinces, l'assurance-santé privée vient seulement compléter le régime public. Trois des quatre provinces qui autorisent les assureurs privés à couvrir des services de santé garantis par la province ont mis en place des obstacles financiers pour décourager les médecins de se retirer du régime public, ce qui réduit le besoin d'assurance privée. En Nouvelle-Écosse, un médecin qui s'est retiré du régime provincial n'a pas le droit de demander des honoraires plus élevés que la rémunération prévue par le régime public. Au Nouveau-Brunswick et en Saskatchewan, un médecin désengagé ne peut être remboursé par le régime provincial. Terre-

(7) Gigi Mandy (directeur, Division de la Loi canadienne sur la santé, Santé Canada), Affidavit, Cour fédérale – Section de première instance, dossier de la Cour n° T-709-03, 2004, p. 10.

(8) Guy W. Giorno, *Private Health Insurance for Medically Necessary Services*, Toronto, Fasken Martineau DuMoulin LLP, 20 juin 2005
([http://www.fasken.com/WEB/FMDWEBSITEFRENCH.NSF/0/A15B2201E53474B78525702700558B5F/\\$File/PRIVATEHEALTHINSURANCE.PDF?OpenElement](http://www.fasken.com/WEB/FMDWEBSITEFRENCH.NSF/0/A15B2201E53474B78525702700558B5F/$File/PRIVATEHEALTHINSURANCE.PDF?OpenElement)).

Neuve-et-Labrador est la seule province où les assurances privées peuvent couvrir des services assurés en vertu du régime provincial et où on n'a pas pris de mesures pour décourager les médecins de se retirer du régime public⁽⁹⁾. En raison des lois provinciales – et non fédérales – en vigueur dans la plupart des provinces, aucun service d'assurance privée parallèle ne rivalise avec l'assurance publique pour le financement des services de santé assurés en vertu de la *Loi*.

La condition relative à l'accessibilité est un autre principe de la *Loi* qui, au moyen des dispositions sur les frais modérateurs et la surfacturation, limite expressément le financement privé des services publics d'assurance-santé. Pour recevoir le montant total de la contribution pécuniaire auquel elle a droit au titre du TCS, une province ne peut exiger que les particuliers versent une contribution financière pour obtenir les services assurés par le régime d'assurance-santé provincial⁽¹⁰⁾. Les provinces qui permettent la surfacturation ou l'application de frais modérateurs se voient imposer une retenue obligatoire, d'un montant égal à celui de la surfacturation ou des frais modérateurs, sur les paiements de transferts fédéraux versés au titre du TCS. Entre 1994-1995 et 2003-2004, près de neuf millions de dollars ont été retenus sur les transferts fédéraux versés aux provinces qui avaient permis l'application de frais modérateurs et la surfacturation⁽¹¹⁾.

La *Loi* énonce des exigences précises concernant le financement des services de santé, mais ne prévoit rien concernant leur prestation. La *Loi* n'interdit ni n'autorise expressément la prestation par le secteur privé de services de santé assurés. De même, la *Loi* n'encourage ni ne décourage la prestation par le secteur public de soins de santé financés par le gouvernement. Elle ne comporte en fait aucune disposition précise sur la prestation des soins de santé. Par conséquent, on ne peut dire que les provinces violent la *Loi* lorsqu'elles autorisent des fournisseurs publics aussi bien que privés, qu'il s'agisse de particuliers ou d'établissements, à fournir des services de santé financés par le régime public d'assurance-santé.

(9) Pour de plus amples informations, voir Colleen M. Flood et Tom Archibald, « The Illegality of Private Health Care in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 164, n° 6, 20 mars 2001, p. 828 et 829 (<http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/164/6/825>).

(10) Il convient toutefois de noter que la *Loi canadienne sur la santé* n'interdit pas la perception de primes d'assurance-santé. Dans les provinces qui perçoivent des primes (l'Alberta, la Colombie-Britannique et l'Ontario), le montant des primes n'est pas fixé en fonction du risque, et le traitement n'est pas conditionnel au versement préalable d'une prime, en conformité avec la *Loi*. Voir Santé Canada, *Canada's Health Care System*, 1999.

(11) Santé Canada, *Rapport annuel sur la Loi canadienne sur la santé, 2003-2004*, Ottawa, décembre 2004, p. 19 (http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/cha-lcs-ar-ra/2003-04_f.pdf).

SERVICES DE SANTÉ FINANCÉS ET FOURNIS PAR LE SECTEUR PRIVÉ SOUS LE RÉGIME DE LA *LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ*

La prestation par le secteur privé de services de santé à l'intérieur du système public (case (3) du tableau 2) inquiète certes sérieusement certaines personnes, mais le développement d'un secteur entièrement privé des soins de santé – des services de santé fournis et financés entièrement par le secteur privé (case (6) du tableau 2) – est vu comme une menace beaucoup plus sérieuse pour le système financé par le gouvernement.

Comme nous l'avons indiqué précédemment, la *Loi* n'interdit pas aux fournisseurs privés ou à but lucratif de fournir des services de santé assurés par le gouvernement et de demander un remboursement, pourvu qu'il n'y ait ni surfacturation ni frais imposés aux utilisateurs. Ce qui est plus important encore, c'est que la *Loi* n'empêche pas les provinces d'autoriser des fournisseurs privés de soins de santé, qu'il s'agisse de particuliers ou d'établissements, à fonctionner à l'extérieur du système public de soins de santé⁽¹²⁾. Cela donne à penser qu'il n'est interdit dans aucune partie du Canada d'exploiter des cliniques ou des établissements entièrement privés.

Une clinique entièrement privée est une entreprise à but lucratif qui ne reçoit aucune subvention du gouvernement : les médecins ne sont pas remboursés par le régime provincial d'assurance-santé et leurs patients doivent acquitter la totalité du montant des services qui leur sont fournis. L'exploitation de telles cliniques ne se traduit pas par une réduction des transferts fédéraux au titre du TCS, et les dispositions relatives à la surfacturation et aux frais modérateurs ne s'appliquent pas à ces établissements. L'éventail de services offerts par ces cliniques privées est large et comprend par exemple le remplacement du genou ou de la hanche, le traitement chirurgical de la cataracte et le diagnostic par IRM.

(12) D'après des interprétations juridiques présentées dans les ouvrages suivants :

- Martha Jackman, « The Regulation of Private Health Care Under the *Canada Health Act* and the Canadian Charter », *Constitutional Forum*, vol. 6, hiver 1995, p. 54 à 60.
- Colleen Flood et Sujit Choudhry, *Consolider les fondements : La modernisation de la Loi canadienne sur la santé*, document de discussion n° 13, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, août 2002 (http://www.law.utoronto.ca/healthlaw/docs/romanow_report.pdf).
- Institut économique de Montréal (2003).

Certains redoutent que l'exploitation de telles cliniques dans certaines provinces compromette l'accès au système de soins de santé financé par le gouvernement ainsi que son fonctionnement. On signale deux dangers à cet égard :

- Certaines cliniques privées offrent des services d'IRM, de radiographie, d'échographie et de TDM à ceux qui peuvent les payer. Ces personnes peuvent avoir accès plus rapidement aux services de santé, et ce, de deux façons. Premièrement, elles ont accès au test lui-même. Deuxièmement, elles peuvent ensuite, s'il y a lieu, retourner se faire soigner dans le système public, avec un pas d'avance sur ceux qui attendent encore des tests diagnostics financés par le système public. Cette situation – le « resquillage » – risque de porter atteinte au principe d'accessibilité de la *Loi* suivant lequel l'accès aux services médicalement nécessaires repose sur le besoin – non sur les moyens – et sur des modalités uniformes.
- Si un nombre assez important de fournisseurs de services clés optaient pour une pratique entièrement privée, plutôt que de demeurer à l'intérieur des régimes provinciaux d'assurance-santé, cela pourrait avoir pour effet de réduire l'accès à certains services du système public. Une telle situation désavantagerait ceux qui n'ont pas les moyens de payer des soins médicaux privés et serait contraire à l'esprit de la *Loi*⁽¹³⁾.

Certains sont également préoccupés de ce que les cliniques privées dépendent du fait que les médecins leur adressent des patients. Une étude indique que les renvois par des médecins peuvent poser problème de deux manières. Premièrement, des cliniques privées pourraient verser des commissions aux médecins qui leur adressent des patients, ce qui pourrait influencer sur le jugement clinique. Dans la plupart des secteurs, on considère acceptable la rétribution des renvois, mais ce n'est pas le cas dans le secteur des soins de santé en raison du conflit d'intérêts qui pourrait se présenter lorsqu'un médecin fait passer ses intérêts financiers avant son devoir de conseiller les patients uniquement en fonction de leurs besoins en matière de soins de santé. Deuxièmement, un médecin pourrait adresser un patient à une clinique privée dont il est le propriétaire, ce qui soulèverait des préoccupations semblables concernant les conflits d'intérêts financiers. Certains ont soutenu que l'accès sans renvoi et le versement de commissions sont des pratiques inadmissibles sur le plan éthique, que ces pratiques nuisent au système de soins de santé et aux patients et que, sauf dans de rares cas, elles devraient être absolument interdites⁽¹⁴⁾.

(13) Santé Canada (2004).

(14) Sujit Choudhry, Niteesh K. Choudhry et Adalsteinn D. Brown, « Unregulated Private Markets for Health Care in Canada? Rules of Professional Misconduct, Physician Kickbacks and Physician Self-Referral », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 170, n° 7, 30 mars 2004, p. 1115 à 1118 (<http://www.cmaj.ca/content/vol170/issue7/index.shtml>).

Le gouvernement fédéral n'a pas encore formulé de position officielle à l'égard des cliniques entièrement privées, mais a fait part de ses préoccupations aux gouvernements des provinces. En dépit des consultations menées auprès des provinces, aucun progrès sensible n'a été accompli :

En ce qui concerne le paiement par des particuliers pour des services de santé assurés, Santé Canada se préoccupe de toute tendance vers la privatisation qui résulterait en un système de santé à deux vitesses dans le cadre duquel des personnes pourraient payer pour avoir un accès plus rapide à des services médicalement nécessaires auprès d'un hôpital ou d'un médecin. Ce genre de système représente une menace envers les principes fondamentaux de la LCS et, par conséquent, de l'ensemble du système de soins de santé. L'accès aux soins de santé assurés doit être basé sur le besoin et non sur la capacité financière.

[...]

Il existe des cliniques privées pour l'IRM et les tomodensitogrammes en Colombie-Britannique, en Alberta, au Québec et en Nouvelle-Écosse; ces provinces n'assurent pas la couverture des examens en IRM et des tomodensitogrammes médicalement nécessaires qui sont réalisés dans ces cliniques privées. En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, on considère que les services d'IRM et de tomodensitogrammes sont des services de santé assurés quand ils sont médicalement nécessaires en vue de préserver la santé, de prévenir la maladie ou de diagnostiquer ou de traiter une blessure, une maladie ou une incapacité et qu'ils sont fournis dans un hôpital ou dans un établissement offrant des soins hospitaliers. Au départ, Santé Canada a fait part de ses préoccupations associées à la LCS à l'ensemble des provinces en 2000; un examen multilatéral de la question a été réalisé par la suite. Toutefois, la question des frais imposés aux personnes assurées pour des services d'IRM et de tomodensitogrammes n'a pas été réglée. En juillet 2003, Anne McLellan, ancienne ministre fédérale de la Santé, a écrit aux quatre ministres de la Santé provinciaux intéressés pour faire part de son objection au resquillage qui survient dans les provinces qui permettent aux cliniques privées de vendre un accès plus rapide à des services de diagnostic médicalement nécessaires. Des consultations avec des fonctionnaires provinciaux dans les provinces visées, sauf le Québec, ont eu lieu par la suite. Même si des discussions multilatérales devaient s'amorcer en 2004 selon ce qui était prévu, ces discussions ont été reportées à la demande des provinces en attendant les discussions des premiers ministres sur la viabilité du système de soins de santé.⁽¹⁵⁾

(15) Santé Canada (2004), p. 13 et 14.

CONTESTATIONS JUDICIAIRES RÉCENTES

Le 5 mai 2003, cinq organisations canadiennes⁽¹⁶⁾ se sont adressées à la Cour fédérale afin, entre autres, de faire reconnaître que le *Rapport annuel sur la Loi canadienne sur la santé 2001-2002* ne présentait pas un compte rendu exact de l'administration et de l'application de la *Loi*, et d'obtenir une ordonnance obligeant le ministre fédéral de la Santé à fournir certaines précisions dans le prochain rapport. Il convient de souligner que l'une des raisons invoquées pour étayer la demande est que la Ministre n'avait pas rempli les obligations en matière de présentation de rapports prévues dans la *Loi* faute d'avoir documenté l'érosion du système public de soins de santé provoquée par la privatisation, ou fait état des répercussions de ce changement sur l'accessibilité, l'universalité et sur d'autres conditions énoncées dans la *Loi canadienne sur la santé*⁽¹⁷⁾. La Cour a rejeté la requête et indiqué que si les questions soulevées sont importantes, « elles sont intrinsèquement de nature politique, et c'est devant un forum politique et non devant les tribunaux qu'elles doivent être examinées »⁽¹⁸⁾.

En raison du manque d'information sur la présence du secteur privé dans le système de soins de santé canadien, il est difficile pour Santé Canada de rendre compte dans ses rapports de l'observation de la *Loi* par les provinces. Les médias ont signalé l'existence de cliniques privées dans quelques provinces, dont le Québec, l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique, mais on ne dispose pas de renseignements précis ou complets sur l'ampleur de la prestation de services de santé par le secteur privé en marge du système public. D'après les informations disponibles, il existe actuellement 33 cliniques privées d'examen IRM et de TDM au Canada⁽¹⁹⁾. En novembre 2001, Santé Canada a présenté une demande de lettres d'intention afin d'obtenir des renseignements quantitatifs sur la prestation de services de santé par le secteur

(16) Le Syndicat canadien de la fonction publique, le Conseil des Canadiens, la Coalition canadienne de la santé, le Syndicat canadien des communications, de l'énergie et du papier et la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers.

(17) *Syndicat canadien de la fonction publique et al. c. Ministre de la Santé*, requête, dossier de la Cour n° T-709-03, 5 mai 2003 (http://www.canadians.org/documents/CHA_Application.pdf).

(18) Cour fédérale, décision, T-709-03, Ottawa, 29 septembre 2004 (<http://decisions.fct-cf.gc.ca/cf/2004/2004cf1334.shtml>).

(19) Odette Madore, *Cliniques privées d'imagerie diagnostique et Loi canadienne sur la santé*, PRB 05-02F, Ottawa, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, 17 mai 2005.

privé au Canada⁽²⁰⁾. La demande de financement d'un projet proposé par le docteur Ian McKillop (Université Wilfrid Laurier) a été agréée. La date d'achèvement du projet, qui avait d'abord été fixée au 30 septembre 2004, a été repoussée au 28 février 2005⁽²¹⁾. Toutefois, les observations faites dans le cadre du projet ne révèlent pas l'ampleur des services fournis par le secteur privé en raison du manque de renseignements sur le sujet⁽²²⁾. Il est donc très difficile de bien évaluer les effets de la présence du secteur privé dans le système de soins de santé financé par les gouvernements.

En juin 2004, les dispositions de la loi québécoise qui interdisent aux assureurs privés de couvrir les services de santé assurés ont été contestées devant la Cour suprême du Canada en vertu de la *Charte canadienne des droits et libertés* et de la *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec⁽²³⁾. Dans un arrêt rendu un an après l'audition de l'appel, quatre juges ont conclu que les dispositions contrevenaient à la *Charte* québécoise. Trois des quatre juges ont en outre conclu qu'elles violaient la *Charte* canadienne. En août 2005, le Québec a obtenu un sursis d'un an, qui lui donne le temps nécessaire pour se conformer à l'arrêt.

L'arrêt s'applique uniquement à la législation québécoise, car il était fondé sur la *Charte* du Québec et non sur la *Charte* canadienne. Il n'a pas d'effet sur les dispositions semblables des lois des autres provinces régissant l'assurance-santé. Ces dispositions pourraient toutefois être contestées ultérieurement.

Il est difficile d'évaluer les conséquences éventuelles de l'arrêt de la Cour suprême. Certains croient que la levée de l'interdiction à l'égard des régimes privés d'assurance-maladie pourrait contribuer à l'expansion du système privé parallèle de soins de santé (case (6) du tableau 2) et, en conséquence, favoriser l'érosion du système public. D'autres ont par ailleurs soutenu qu'une percée de l'assurance privée amènerait des fonds supplémentaires dans le système de soins de santé canadien et contribuerait à réduire les délais d'attente et à désengorger

(20) Pour de plus amples informations sur la demande de lettres d'intention, voir le site Web de Santé Canada (<http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/english/rmdd/rfp/Nov15.html>).

(21) Voir le site Web de Santé Canada (http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/finance/hprp-prpms/complet-term/proj-4_f.html).

(22) Ian McKillop, *Portée et étendue de la pratique médicale privée dans l'actuel système de soins de santé canadien*, résumé des résultats de recherche, Health Policy Research Program, University of Waterloo, février 2005 (http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/finance/hprp-prpms/final/2005-pratique-priv-sector_f.html).

(23) Voir Marlisa Tiedemann, *Les soins de santé et la Cour suprême du Canada II : L'Affaire Chaoulli c. Québec (Procureur général)*, PRB 05-31F, Ottawa, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, 5 octobre 2005.

le système public. Santé Canada n'a pas encore donné son avis sur l'expansion des assurances-santé privées dans le contexte de la *Loi*. Il est cependant clair que jusqu'à ce qu'une poursuite soit entamée dans l'une des provinces qui interdit l'assurance privée, on peut s'attendre à ce que le très vif débat sur les conséquences de l'arrêt se poursuive.

CONCLUSION

En résumé, le secteur privé est présent dans la prestation et le financement des soins de santé au Canada, et la *Loi canadienne sur la santé* n'interdit ni ne décourage ni la prestation de services de soins de santé par le secteur privé ni les assurances-santé privées. La *Loi* se limite à décourager les déboursés personnels de patients sous forme de frais modérateurs ou de surfacturation des services de santé couverts par les régimes provinciaux d'assurance-santé.

La question de savoir si le financement et la prestation de services de santé par le secteur privé au Canada compromettent de façon importante le système financé par le gouvernement continuera sans aucun doute d'alimenter de vifs débats politiques, car il ne semble pas encore y avoir de preuves convaincantes pour appuyer l'un ou l'autre des deux points de vue.

BIBLIOGRAPHIE

- Choudhry, Sujit. « Bill 11, the *Canada Health Act* and the Social Union: The Need for Institutions », *Osgoode Hall Law Journal*, vol. 38, n° 1, printemps 2000, p. 39 à 99 (<http://www.yorku.ca/ohlj/archive/vol38.htm>).
- Choudhry, Sujit, Niteesh K. Choudhry, et Adalsteinn D. Brown. « Unregulated Private Markets for Health Care in Canada? Rules of Professional Misconduct, Physician Kickbacks and Physician Self-Referral », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 170, n° 7, 30 mars 2004, p. 1115 à 1118 (<http://www.cmaj.ca/content/vol170/issue7/index.shtml>).
- Deber, Raisa B. *La prestation des soins de santé : publique, sans but lucratif ou privée?*, étude n° 17, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, août 2002 (http://www.hc-sc.gc.ca/francais/pdf/romanow//17_Deber_F.pdf).
- Deber, Raisa B. *et al.* « Le financement des soins de santé : le partage public-privé ». Dans *Groupe de travail sur l'atteinte d'un équilibre : Les systèmes de soins de santé au Canada et ailleurs*, Documents commandés par le Forum national sur la santé, vol. 4, Sainte-Foy (Qc), Éditions MultiMondes, 1998.
- Flood, Colleen et Sujit Choudhry. *Strengthening the Foundations: Modernizing the Canada Health Act*, document de discussion n° 13, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, août 2002 (http://www.law.utoronto.ca/healthlaw/docs/romanow_report.pdf).
- Flood, Colleen M. et Tom Archibald. « The Illegality of Private Health Care in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 164, n° 6, 20 mars 2001, p. 825 à 830 (<http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/164/6/825>).
- Giorno, Guy W. *Private Health Insurance for Medically Necessary Services*, Toronto, Fasken Martineau DuMoulin LLP, 20 juin 2005 ([http://www.fasken.com/WEB/FMDWEBSITEFRENCH.NSF/0/A15B2201E53474B78525702700558B5F/\\$File/PRIVATEHEALTHINSURANCE.PDF?OpenElement](http://www.fasken.com/WEB/FMDWEBSITEFRENCH.NSF/0/A15B2201E53474B78525702700558B5F/$File/PRIVATEHEALTHINSURANCE.PDF?OpenElement)).
- Groupe de travail (Roland Arpin, président). *La Complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 1999 (http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1999/99_653/rapport.pdf).
- Institut économique de Montréal.
- « Le financement de la santé par l'assurance-maladie privée », *Note économique*, novembre 2005 (http://www.iedm.org/uploaded/pdf/nov05_fr.pdf).
 - « Réformes de la santé : jusqu'où peut-on étirer l'élastique? », *Note économique*, avril 2003 (http://www.iedm.org/uploaded/pdf/santejuridique_fr.pdf).

Jackman, Martha. « The Regulation of Private Health Care Under the *Canada Health Act* and the Canadian Charter », *Constitutional Forum*, vol. 6, hiver 1995, p. 54 à 60.

McKillop, Ian. *Portée et étendue de la pratique médicale privée dans l'actuel système de soins de santé canadien*, Résumé de résultats de recherche, Health Policy Research Program, Université de Waterloo, février 2005
(http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/finance/hprp-prpms/final/2005-pratique-priv-sector_f.html).

Madore, Odette. *Cliniques privées d'imagerie diagnostique et Loi canadienne sur la santé*, PRB 05-02F, Ottawa, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, 17 mai 2005.

Mandy, Gigi (directrice, Division de la Loi canadienne sur la santé, Santé Canada). Affidavit, Cour fédérale – Section de première instance, dossier de la Cour n° T-709-03, 2004.

Santé Canada.

- *L'Initiative du gouvernement sur la protection des soins de santé publics*, novembre 2005 (http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/notices-avis/prop_f.html).
- *Rapport annuel sur la Loi canadienne sur la santé 2003-2004*, Ottawa, décembre 2004 (http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/cha-lcs-ar-ra/2003-04_f.pdf).
- *Système canadien de soins de santé*, 1999.

Santé Canada, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse. *Demande de lettres d'intention (RDLI 004) Pour de la recherche primaire – Prestation de services par le secteur privé dans le système de soins de santé canadien actuel : Recherche sur la portée et l'étendue*, novembre 2001
(http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/finance/hprp-prpms/complet-term/rfloi-dli-04_f.html).

Tiedemann, Marlisa. *Les soins de santé et la Cour suprême du Canada – II : Chaoulli c. Quebec (Procureur général)*, PRB 05-31F, Ottawa, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, 5 octobre 2005.