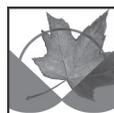


Cambie s'en va en cour

L'assaut juridique contre le système
universel de soins de santé

Colleen Fuller





CCPA

CANADIAN CENTRE
for POLICY ALTERNATIVES
CENTRE CANADIEN
de POLITIQUES ALTERNATIVES

ISBN 978-1-77125-199-0

Ce rapport est disponible gratuitement à www.policyalternatives.ca. Des copies imprimées peuvent être commandé de l'Office national du CCPA — frais de 10 \$.

S'IL VOUS PLAÎT FAIRE UN DON...

Aidez-nous à continuer d'offrir nos publications gratuites en ligne.

Avec votre soutien, nous pouvons continuer à produire des recherches de qualité — et assurez-vous qu'elle tombe entre les mains des citoyens, des journalistes, des décideurs et progressistes. Visitez www.policyalternatives.ca ou appelez le 613-563-1341 pour plus d'informations.

Le CCPA est un organisme de recherche indépendant. Ce rapport a été soumis à un examen par les pairs et répond aux normes de recherche du Centre.

Les opinions et recommandations formulées dans le présent rapport, ainsi que s'il y avait erreurs, sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement l'opinion des éditeurs ou des donateurs de ce rapport.



À PROPOS DES AUTEURS

Colleen Fuller est chercheuse associée au CCPA. Elle a rédigé de nombreux ouvrages sur les politiques en matière de santé et de pharmaceutique du Canada. Elle est l'auteure de *Caring for profit: How corporations are taking over Canada's health care system* (Soigner pour des profits : Comment les entreprises s'emparent du système de santé du Canada) (New Star books et le CCPA 1998). Elle est aussi la coauteure de *The Bottom Line: The Truth Behind Private Health Insurance* (Le résultat net : la vérité derrière l'assurance-santé privée) (NeWest Press and Parkland Institute, 2006) ainsi que *Push to prescribe: Women and Canadian drug companies* (La pression de prescrire : les femmes et les compagnies pharmaceutiques canadiennes) (Women's Press 2010). Mme Fuller est la cofondatrice de PharmaWatch Canada et elle est membre du comité consultatif d'experts sur la vigilance des produits de santé (Santé Canada).

REMERCIEMENTS

Jennifer Whiteside, Tom Sandborn, Steven Shrybman, Greg Marchildon, Cheryl Stadnichuk, Adrienne Silnicki, Wendy Armstrong, Natalie Mehra, John Calvert, Govind Rao et deux réviseurs anonymes.

Ce document a été financé en partie par le bureau national du Syndicat canadien de la fonction publique.

5	Sommaire
8	Introduction
10	Contexte juridique et législatif
11	L'opposition aux soins de santé universels
13	Les événements qui ont mené à la contestation en vertu de la charte
14	La contestation en vertu de la charte
18	Les différences entre les contestations Day et Chaoulli
20	L'argumentaire
21	Croissance des cliniques à but lucratif
25	Le principe de l'accès universel
27	La Loi canadienne sur la santé
29	Le Canada et les comparaisons avec l'Europe
31	Un système à l'américaine au Canada ?
34	Conclusion
37	Notes

Sommaire

DÈS QUE NOVEMBRE 2015, la Cour suprême de Colombie-Britannique entendra une contestation en vertu de la charte sans précédent contre le système public de soins de santé du Canada. Il ne s'agit ni de la première, ni de la seule contestation d'une loi provinciale ou fédérale de l'assurance-maladie. Toutefois, celle-ci constitue la plus sérieuse menace aux principes de l'égalité et de l'universalité qui sont à la base du système public de soins de santé du Canada.

Ce rapport jette un bref regard sur les récentes tentatives de contestation du droit à un système public et universel de soins de santé par les défenseurs du secteur privé et fait le lien avec l'actuelle contestation devant la Cour suprême de la Colombie-Britannique. Il passe en revue les faits dont nous disposons aux échelons national et international sur la contribution des fournisseurs de soins à but lucratif et des payeurs aux efforts de diminution des temps d'attente. Il porte un regard sur les possibles impacts qu'aurait une contestation réussie sur le plus prisé et le plus aimé des programmes publics : les soins de santé

La cause qui est entendue en Colombie-Britannique est défendue par un groupe de plaignants dirigé par Brian Day, un médecin dont les cliniques sont connues pour charger aux patients des frais dépassant ce qui est prévu par l'association médicale et la province¹. En mai 2007, la Medical Services Commission (MSC) (*Commission des services médicaux*) a avisé M Day que ses cliniques, le Cambie Surgery Centre et la Specialist Referral Clinic seraient soumises à un audit, une décision prise dans la foulée du dépôt, à la Commission des services médicaux, de douzaines de plaintes de pa-

tients affirmant que les cliniques leur avaient imposé des frais dépassant les montants autorisés.

En 2007, les cliniques ont été accusées de faire payer le système public et les patients pour les mêmes services, une pratique connue sous le nom de double facturation. Mais avant qu'une vérification puisse être lancée, M Day et un groupe de cliniques à but lucratif ont traîné la province devant les tribunaux. L'objectif du groupe était de faire annuler certaines parties de la Loi sur la santé de la Colombie-Britannique, sous prétexte qu'elle violait la charte canadienne des droits et libertés. L'objectif était aussi d'empêcher de façon temporaire ou permanente la vérification qui devait être menée dans les cliniques.

M Day admet que sa compagnie, Cambie Surgeries Corporation, dépend de ses patients pour faire des profits². Toutefois, les lois actuellement en vigueur en Colombie-Britannique protègent les patients contre les entreprises qui voudraient les transformer en source de profits pour les investisseurs privés et les propriétaires de cliniques. Maintenant, M Day s'adresse à la Cour suprême de Colombie-Britannique afin qu'elle confirme que les médecins et les cliniques devraient pouvoir facturer directement les patients pour des services médicaux, la location d'un bloc opératoire et d'autres coûts liés aux chirurgies, incluant les soins du personnel infirmier et le travail des autres membres du personnel³. Bien que ce soient les temps d'attente qui semblent être au centre de toute l'affaire, les plaignants n'ont pas demandé à la cour de statuer que les médecins ne devraient pouvoir facturer de tels frais que lorsque leurs patients ont été forcés d'attendre trop longtemps dans le système public.

Les plaignants contestent quatre articles du Medicare Protection Act (MPA) (*Loi de protection de l'assurance-maladie*). Ces articles empêchent les médecins inscrits à l'assurance-maladie de facturer les patients et le régime pour un même service, de facturer des frais pour les installations, d'imposer des frais dépassant ce qui est prévu par l'association médicale et de facturer des services couverts par le Medical Services Plan (MSP) (*Régime de services médicaux*) aux assureurs privés. Les plaignants affirment que ces règles violent deux articles de la Charte canadienne des droits et libertés : l'article 7 ; le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne et l'article 15 ; la loi ne fait acception de personne et s'applique également à tous.

Les défenseurs dans cette contestation en vertu de la charte sont le Ministère de la Santé de Colombie-Britannique, le Procureur général et la MSC. Ils se baseront sur des données nationales et internationales démontrant que les systèmes universels de soins de santé financés par le public constituent la façon la plus juste et offrant le meilleur rapport qualité-prix d'of-

frir aux patients un accès aux services — sans les obstacles financiers auxquels sont confrontés les gens vivant dans des pays comme les États-Unis. Ils feront valoir que le démantèlement des lois sur l'assurance-maladie de la Colombie-Britannique mènera tout simplement à un système au sein duquel les soins seront prodigués en priorité aux personnes qui sont en mesure de payer pour les obtenir, alors que pour la vaste majorité de la population, les listes d'attente s'allongeront.

Il y a plusieurs intervenants dans cette cause. Il s'agit notamment de la Coalition de la santé de la Colombie-Britannique, de Médecins canadiens pour le régime public, de patients qui affirment avoir été illégalement facturés pour des services et d'autres personnes qui viendront expliquer qu'elles ne seront sans doute pas admissibles à souscrire à une assurance privée dans le contexte d'un régime de soins de santé à deux vitesses. Un groupe représentant les patients qui ont déposé la requête demandant à la MSC et au Ministère de la santé d'enquêter sur les possibles violations de la MPA par les cliniques privées est un intervenant. La Société des anesthésistes de Colombie-Britannique est aussi un intervenant.

Le système public de soins de santé du Canada correspond à une valeur fondamentale partagée par une majorité de Canadiens : les services médicaux nécessaires devraient être accessibles à tous, sans égard au revenu, à la province de résidence ou à l'état de santé. Le système public ne devrait pas être réduit, mais étendu de façon à ce que les services qui ne font pas partie du panier de services offerts soient rendus accessibles aux personnes qui en ont besoin.

C'est sur la base de leur propre expérience que les Canadiens rejettent la privatisation, ce qui est confirmé par des preuves analysées par des pairs. Cela ne signifie pas qu'ils sont prêts à se contenter du statu quo. Les sondages ont démontré de façon consistante que les citoyens de partout au pays sont favorables à l'innovation au sein de notre système public de soins de santé, innovation visant à en améliorer l'accès et à diminuer les temps d'attente sur la base des besoins et non de la capacité de payer. Les gouvernements n'ont pas agi et ont plutôt fermé les yeux sur la facturation illégale et frauduleuse qui nuit considérablement aux patients.

Il serait difficile d'exagérer l'importance de ce litige. Une victoire de Cambie Surgeries Corporation et des autres plaignants ne fera pas que saper les valeurs sur lesquelles est basé le système canadien de soins de santé. Comme le démontre les preuves recueillies sur la scène internationale, elle minera notre capacité à aborder de façon efficace l'enjeu qui est au centre de cette contestation judiciaire, les listes d'attente.

Introduction

« Certains ont décrit comme une perversion des valeurs canadiennes le fait qu'ils ne puissent utiliser leur argent pour se procurer plus rapidement, auprès d'un fournisseur privé, un traitement pour leurs proches. Je crois qu'accepter que ce soit l'argent plutôt que le besoin qui détermine qui a accès aux soins est de loin une plus grande perversion des valeurs canadiennes⁴. »

— Roy Romanow, *du rapport final de la Commission royale sur l'avenir des soins de santé du Canada (2002)*

« L'égalité est impossible⁵ »

— Brian Day, *d'une présentation devant l'Institut Fraser (2006)*

DÈS QUE NOVEMBRE 2015, la Cour suprême de Colombie-Britannique commencera à entendre une contestation de la Medicare Protection Act (MPA) (Loi de protection de l'assurance-maladie) de la province, qui pourra avoir un impact considérable non seulement sur les résidents de la Colombie-Britannique, mais sur tous les Canadiens, de toutes les provinces et tous les territoires.

Les plaignants qui ont à leur tête la Cambie Surgeries Corporation de Brian Day, demandent à la cour de statuer que les règles de la Colombie-Britannique en matière de soins de santé violent la charte canadienne des droits et libertés. Spécifiquement, la cour devra décider si l'interdiction des frais

imposés aux utilisateurs, de la surfacturation et de l'assurance privée pour les services médicaux nécessaires est constitutionnelle.

Il ne s'agit ni de la première, ni de la seule contestation en vertu de la charte des lois fédérales ou provinciales de l'assurance-maladie. Toutefois, celle-ci constitue la plus sérieuse menace aux principes de l'égalité et de l'universalité qui sont à la base du système public de soins de santé du Canada.

Ce rapport contient une vue d'ensemble de la contestation en vertu de la charte initiée par Cambie. Il situe cette cause dans son contexte historique, expliquant comment et pourquoi le système canadien de soins de santé en est venu à restreindre l'assurance privée, la surfacturation et les frais d'utilisateurs et pourquoi ces mesures demeurent essentielles à la survie de l'assurance-maladie. Il passe en revue les données nationales et internationales démontrant que si la possibilité de payer pour des soins au privé peut contribuer à réduire les temps d'attente pour les gens qui ont les moyens de le faire elle ne contribue en rien à l'amélioration de l'accessibilité, pas plus dans le système public que dans le système privé. La possibilité de payer pour recevoir des soins au privé accroît les temps d'attente pour ceux qui dépendent du système public tout en augmentant les coûts d'ensemble et en diminuant la qualité des soins offerts aux patients.

En conclusion, le rapport comporte une évaluation des ramifications possibles de la contestation Cambie. L'interdiction de la surfacturation, des frais d'utilisateurs et du recours à l'assurance privée pour les services médicalement nécessaires est un principe de base et une force essentielle du système de soins de santé du Canada. Sans ces piliers réglementaires, les Canadiens doivent s'attendre à payer plus de leur poche pour obtenir des soins de santé, qu'ils soient ou non assurés au privé.

L'introduction d'un modèle de financement et de prestation à but lucratif des soins de santé nous précipitera dans un système de santé à deux vitesses à l'américaine qui entraînera des coûts administratifs supplémentaires et inutiles, qui mènera à un accès inéquitable aux services et à un système public émacié qui ne sera en mesure d'agir que comme un fournisseur de dernier recours pour les gens incapables de se payer un place en tête des listes d'attente.

Contexte juridique et législatif

L'ASSURANCE-MALADIE REPOSE SUR UN réseau complexe d'ententes entre les gouvernements fédéral et provinciaux, lesquels administrent chacun leurs lois et règlements élaborés pour garantir aux Canadiens le droit à un accès aux services de santé sans risque d'être acculés à la pauvreté ou à la faillite. À l'échelon fédéral, c'est la Loi canadienne sur la santé qui établit les conditions — dont l'interdiction de l'assurance privée pour les services médicalement nécessaires, la surfacturation et les frais d'utilisateurs — que doivent respecter les provinces pour être admissibles aux transferts fédéraux en santé.

De leur côté, les provinces adoptent des lois qui déterminent quels services seront financés par le système public. Les lois provinciales doivent respecter les critères établis par la Loi canadienne sur la santé. En Colombie-Britannique, la MPA a pour objectif la préservation du régime public d'assurance et le maintien d'un système public de santé financièrement viable au sein duquel l'accès aux soins médicalement requis est basé sur le besoin et non la capacité de payer.

Pour atteindre ces objectifs, la MPA interdit la surfacturation (facturer des frais plus élevés que ceux qui sont prévus par le MSP et la vente d'assurance privée pour des services de soins de santé assurés par le système public. Elle empêche aussi les médecins de facturer des frais au MSP et ensuite de facturer les mêmes services aux patients, une pratique connue sous

le nom de double facturation. Enfin, les lois sur l'assurance-maladie de Colombie-Britannique interdisent aussi aux cliniques privées l'imposition de frais d'installations, empêchant de ce fait les cliniques privées d'émettre des factures pour couvrir leurs frais généraux.

Les lois sur l'assurance-maladie de Colombie-Britannique n'empêchent pas les médecins ou les cliniques d'exploiter des services ou des établissements sur une base strictement privée. Les médecins peuvent se retirer du régime d'assurance-maladie en toute légalité et facturer directement leurs patients pour des services assurés par le système public et ce, selon le tarif en vigueur sur le marché.

L'opposition aux soins de santé universels

L'assurance privée, la surfacturation et les frais d'utilisateurs ont été les points chauds des débats portant sur l'assurance-maladie depuis que la couverture universelle a été mise en place au Canada. Les partisans du système public de soins de santé affirment que l'accès aux services doit être basé sur les besoins, alors que les tenants d'un système privé soutiennent que les soins de santé sont comparables aux autres produits disponibles sur le marché. Ils affirment que les frais d'utilisateurs découragent les abus et la surutilisation du système et que l'accès au système devrait dépendre de la capacité de chacun à payer.

Plusieurs des opposants les plus virulents au système public et universel de soins de santé sont issus de la profession médicale et du milieu des assurances. Lorsque, en 1962, la Saskatchewan a mis sur pied le premier régime universel d'assurance-maladie d'Amérique du Nord, l'initiative a provoqué une grève des médecins qui a duré 23 jours. Au milieu des années 60, l'Association médicale canadienne (AMC) et l'Association canadienne des compagnies d'assurance-santé ont créé la Conférence canadienne des soins de santé qui réunissait les médecins et les assureurs au sein d'une alliance politique et idéologique déterminée à terrasser l'assurance-maladie publique.

Lors de la première réunion, les représentants de l'industrie ont lancé un avertissement à l'effet que l'arrivée de l'assurance gouvernementale était imminente et que la seule protection des médecins reposait sur le maintien de plusieurs compagnies d'assurance du domaine de la santé. Pour cette raison, les médecins se sont fait dire qu'ils devraient soutenir par tous les moyens les compagnies d'assurances qui se battaient pour leur profession⁶.

L'adoption, en 1984, de la Loi canadienne sur la santé a indigné l'AMC ainsi que plusieurs associations médicales provinciales. Everett Coffin, qui était alors Président de l'AMC, a affirmé que la loi violait l'esprit, sinon les dispositions légales de la constitution canadienne⁷. L'AMC a encouragé ses homologues des provinces à se lancer dans diverses actions d'opposition à la Loi canadienne sur la santé, y compris exercer leur droit de retrait, faire la grève et intenter des poursuites.

C'est ce qui a mis la table pour la première contestation en vertu de la charte qui a été déposée devant la Cour suprême de l'Ontario en 1985 par l'AMC et l'Association médicale de l'Ontario qui contestaient l'interdiction légale de la surfacturation et des frais d'utilisateurs⁸. La cause a finalement été abandonnée, sans doute en raison de la forte opposition publique contre ce genre d'initiative⁹.

Depuis ce temps, l'assurance-maladie a été la cible de quatre contestations en vertu de la charte. En 1999, George Zeliotis et Jacques Chaoulli se sont adressés à la Cour supérieure du Québec et à la Cour d'appel du Québec afin de contester l'interdiction par Québec des paiements d'assurance privée pour des services de santé publics. Après avoir été entendus et déboutés deux fois par les tribunaux québécois, les deux hommes ont obtenu plus de succès devant la Cour suprême du Canada.

Dans une décision controversée et divisée de 2005, la cour a jugé que l'interdiction de l'assurance privée violait la charte québécoise. Trois des sept juges de la Cour suprême ont aussi jugé que cette interdiction allait à l'encontre de l'article 7 de la Charte canadienne des droits et libertés, trois ont jugé qu'il n'y avait pas violation et un juge a restreint son analyse à la charte québécoise. Ce jugement ne s'appliquait pas à l'extérieur du Québec.

L'arrêt Chaoulli a été suivi en 2006 par trois autres contestations en vertu de la charte : une en Ontario (Shona Holmes, toujours en suspens), une en Alberta (Darcy Allen) et la plus récente, en Colombie-Britannique (Cambie et. al.). En avril 2014, la cause Allen a été rejetée par la Cour du Banc de la Reine de l'Alberta et cette décision a été portée en appel. La troisième contestation en vertu de la charte, initiée par Brian Day, copropriétaire du Cambie Surgery Centre et du Specialist Referral Centre de Vancouver,¹⁰ veut faire lever l'interdiction faite par la province de la surfacturation, des frais d'utilisateurs et de l'assurance-santé privée.

Les événements qui ont mené à la contestation en vertu de la charte

En mai 2007, la MSC a avisé M Day qu'elle avait été informée d'une possible pratique de surfacturation au Cambie Surgery Centre et à la Specialist Referral Clinic, deux établissements au sein desquels il est très engagé. La MSC avait reçu des lettres de quelque 30 patients qui disaient avoir eu à payer des frais allant de 400 \$ à 17 000 \$ pour des services couverts par le régime provincial d'assurance-maladie. « Dans de nombreux cas, a dit le Commissaire de la MSC, le médecin qui avait rendu les services chirurgicaux avait aussi fait parvenir une facture au MSP pour des visites ou d'autres services. La MSC a donc informé M Day que les deux cliniques allaient être soumises à une vérification¹¹.

Mais avant même que la MSC ait eu le temps d'entreprendre sa vérification, les cliniques Day et quatre autres cliniques privées ont lancé une contestation en vertu de la charte de la Loi provinciale de protection de l'assurance-maladie. Ces cliniques ont demandé à la Cour suprême de Colombie-Britannique de décréter que la loi interdisant l'accès aux soins privé brimait le libre choix des patients et elles ont demandé que la cour ordonne une suspension ou une interdiction de la vérification demandée par la MSC jusqu'à ce que la cour se soit prononcée sur le fond¹².

La cour a accordé une suspension temporaire de la vérification, laquelle a finalement eu lieu en 2012. C'est à ce moment que la MSC a découvert au Cambie Surgery Centre et à la Specialist Referral Clinic, une importante pratique de facturation illégale atteignant un montant total de près de 500 000 \$ sur une période de 30 jours. La vérification a aussi mis au jour des doubles réclamations totalisant 66 000 \$ — des montants suggérant qu'il y avait eu double facturation pour un même service¹³.

La MSC a aussi découvert que les patients faisaient référence au Centre Cambie et à la Specialist Referral Clinic comme étant les « cliniques de la facturation supplémentaire » où ils devaient signer une renonciation ou un formulaire de confirmation à l'effet qu'ils n'allaient pas demander au MSP le remboursement des services de chirurgie reçus. Les patients devaient aussi accepter de ne divulguer au gouvernement aucune information sur les détails des soins chirurgicaux reçus, y compris leur prix. Si le patient révélait ces informations, en vertu du formulaire qu'il avait signé, il était tenu de verser à la « clinique de la facturation supplémentaire » une indemnité pour coûts et dommages découlant de la transmission de ces informations¹⁴.

La contestation en vertu de la charte

Cambie Surgeries Corporation et al. v. Medical Services Commission et al.

LA SURFACTURATION ET les frais d'établissements sont au centre de la contestation en vertu de la charte de Cambie. Si Cambie affirme que la capacité de payer au privé éliminera les listes d'attente, ni lui ni aucun autre plaignant dans cette cause ne demande à la cour de décréter que les Canadiens doivent se voir garantir le droit d'obtenir des soins au public à l'intérieur de délais raisonnables. De fait, le plaignants demandent à la cour qu'elle confirme que les médecins ont le droit de facturer les patients pour les soins prodigués, peu importe s'ils ont dû les attendre ou encore combien de temps ils ont dû les attendre.

Brian Day affirme qu'en vertu de la charte, les médecins devraient être en mesure de charger aux patients ce que leurs services valent et que la province devrait lever l'interdiction de la vente d'assurance privée pour les services de santé couverts par le régime public. Lui et les autres plaignants contestent les articles suivants de la Loi de protection de l'assurance-maladie :

Article 14 (Élection) : Les médecins inscrits au régime public peuvent s'en retirer et facturer leurs patients à la place du MSP. Dans ces cas, le patient demande un remboursement au MSP et le médecin ne peut facturer et le

Les plaignants

La contestation en vertu de la charte de Colombie-Britannique a initialement été initiée par cinq cliniques à but lucratif : Cambie Surgeries Corporation, False Creek Surgical Centre, Inc., Delbrook Surgical Centre, Inc., Okanagan Health Surgical Centre, Inc. et Ultima Medical Services, Inc. L'Association canadienne des cliniques médicales indépendantes dont Brian Day est l'ancien président s'est ensuite associée à la poursuite.

En juin 2010, toutes les cliniques chirurgicales sauf la Cambie Surgeries Corporation se sont retirées de la cause et ont été remplacées par la Specialist Referral Clinic. Deux ans plus tard, un certain nombre de patients se sont joints à Brian Day, du côté des plaignants. Quatre des patients-plaignants qui avaient reçu des soins, tant à Cambie qu'à la Specialist Referral Clinic ont obtenu une réduction ou une annulation de leur facture.¹⁵

Deux des plaignants affirmaient devoir composer avec des temps d'attente inacceptables pour se faire soigner au régime public, ce qui les avaient forcés à se tourner vers une clinique privée. Ils affirmaient en outre que le temps d'attente avait mené à des dommages articulaires encore plus importants, ce qui nuit à leurs perspectives d'avenir et/ ou à leur qualité de vie.

Une patiente atteinte du cancer du côlon qui est allé chercher des soins au privé affirmait que la période d'attente annoncée de 7 mois au régime public faisait en sorte qu'elle n'avait pas accès à l'intervention précoce qui était essentielle au succès de son traitement.

Enfin, un plaignant, un adolescent qui avait reçu un diagnostic de scoliose (une déformation de la colonne vertébrale), affirmait qu'il avait dû se faire opérer aux États-Unis parce qu'il était incapable d'avoir accès aux soins en Colombie-Britannique et que c'est en raison de ce temps d'attente qu'il était aujourd'hui paralysé.

patient et le MSP pour un même service. De plus, les médecins ne peuvent facturer des frais plus élevés que ceux qui ont été négociés entre le gouvernement et les médecins de Colombie-Britannique.

Article 17 (Limites générales à la facturation directe ou à la surfacturation) : Un médecin inscrit au régime ne peut facturer un patient directement pour un service couvert par le MSP ou pour du matériel, des consultations, des procédures, l'utilisation d'un bureau, d'une clinique ou d'un autre lieu ou de toute autre chose liée à une prestation de service.

Article 18 (Limites à la facturation directe ou à la surfacturation par un praticien) : Les médecins qui ne sont pas inscrits et qui pratiquent dans un hôpital public ou un établissement de soins communautaires ne peuvent facturer plus que les frais qui ont été négociés entre le gouvernement et les médecins de Colombie-Britannique. Cette restriction ne s'applique pas aux

Les défenseurs

Les défenseurs dans cette cause sont le Ministère de la santé de Colombie-Britannique, le Procureur général et la Commission des services médicaux (MSC) de la Colombie-Britannique. La province fera valoir qu'un système privé parallèle ne contribuera pas à faire diminuer les temps d'attente pour les patients utilisant le régime public. Elle a l'intention de démontrer que les temps d'attente augmentent parce que les médecins ont avantage à retarder les chirurgies dans le système public afin que les patients soient attirés vers le système privé, ou forcés de s'adresser au privé. La province se basera aussi sur la jurisprudence recueillie dans d'autres juridictions pour faire valoir les arguments suivants :

L'interdiction de l'assurance-santé privée : La province fait valoir que la demande d'une assurance-santé privée duplicative est associée à une diminution de la qualité des soins. Elle soumettra des preuves à l'effet que les gens ayant un revenu et un niveau d'éducation plus élevés sont plus susceptibles d'acheter et de profiter de l'assurance privée duplicative, alors que ceux qui n'en ont pas les moyens ont un moins bon accès aux soins.

L'impact des fournisseurs privés sur le système public : La province fera aussi valoir un certain nombre d'arguments selon lesquels le fait de permettre aux fournisseurs privés de soins de santé d'avoir accès à des paiements privés nuira au système public pour les raisons suivantes :

- a) Les cliniques privées limitent leur pratique à des cas moins complexes et laissent les cas complexes et dispendieux aux hôpitaux publics.
- b) L'existence de l'assurance privée ne fait pas que transférer la demande du système public vers le système privé, elle stimule une augmentation généralisée de la demande de soins de santé et
- c) La concurrence entre les systèmes privé et public de soins de santé pour le recrutement d'un bassin limité de médecins, d'infirmières et de techniciens contribue à l'augmentation du coût d'ensemble de cette main d'œuvre du secteur de la santé, ce qui augmente le coût du maintien des mêmes niveaux de service pour le régime public.

Conflit d'intérêt : La province fera valoir des préoccupations de nature éthique qui peuvent survenir lorsque des médecins ont des intérêts financiers dans des cliniques privées où ils réfèrent des patients assurés au privé et des patients plus rentables. Il s'agit d'un enjeu d'importance aux États-Unis où des règlements ont été adoptés afin de bloquer les paiements de l'assurance-maladie à des médecins qui ont traité des patients qu'ils ont référés à des hôpitaux chirurgicaux dont ils sont actionnaires.

médecins non-inscrits qui exercent leur profession dans un établissement non-hospitalier.

Article 45 (Assureurs privés) : Les médecins ne peuvent facturer aux assureurs privés un service couvert par le MSP. Cet article ne s'applique qu'aux médecins qui sont inscrits au MSP.

Les intervenants

Il y a plusieurs intervenants dans cette cause. Un groupe est formé par la Coalition de la santé de Colombie-Britannique, de Médecins canadiens pour le régime public et de deux patients et deux médecins qui exercent en Colombie-Britannique. Les deux patients éprouvent depuis longtemps de sérieux problèmes de santé. Ils affirment qu'en raison de leurs faibles ressources financières, ils ne pourraient pas recevoir les soins qui leur sont nécessaires si ces soins étaient prodigués sur la base du revenu et qu'ils ne seraient pas admissibles à une assurance privée.

Ce groupe présentera le témoignage de deux témoins experts. Le premier décrira les impacts de la décision Chaoulli au Québec et soulignera les raisons pour lesquelles la contestation de vertu de la charte de Brian Day constitue une attaque beaucoup plus large et possiblement beaucoup plus dommageable contre le régime public d'assurance-maladie. L'autre expert viendra décrire les coûts élevés et les impacts négatifs sur la santé qu'auront les soins de santé privés et l'assurance privé partout au Canada.

La Société des anesthésistes de Colombie-Britannique interviendra aussi dans cette cause, ainsi que le groupe de patients qui ont attiré l'attention de la Commission des services médicaux (MSC) et du Ministère de la santé sur les violations de la Loi de protection de l'assurance maladie (MPA) par ces cliniques privées.

La province a intenté un certain nombre de très sérieuses demandes reconventionnelles contre les cliniques plaignantes. Le Ministère de la Santé, l'un des défendeurs, réclame des dommages pour les pertes économiques subies par la province à la suite de la diminution des paiements de transfert du fédéral, une mesure punitive imposée en raison des pratiques de surfacturation des cliniques. La province demande aussi à la cour de juger que les formulaires de confirmation utilisés par les cliniques sont nuls et inexécutables et que les cliniques doivent cesser d'exiger de leurs patients qu'ils les signent.

La MSC, un autre défendeur a déposé une demande reconventionnelle distincte contre les cliniques plaignantes. Elle demande un mandat autorisant un inspecteur à entrer dans les cliniques afin de faire des copies des dossiers des cliniques et des médecins. La MSC demande aussi à la cour de déclarer qu'il existe des raisons de croire que Cambie et la Specialist Referral Clinic ont violé les limites édictées par la MPA en matière de facturation directe ou de surfacturation. Elle demande aussi une ordonnance exigeant des cliniques qu'elles cessent de contrevenir à la loi.

Les différences entre les contestations Day et Chaoulli

PLUSIEURS PERSONNES ONT établi des comparaisons entre la contestation en vertu de la charte de Brian Day et la décision Chaoulli de 2005 au Québec. Bien qu'il existe des ressemblances, les deux causes sont relativement différentes.

Dans la cause québécoise, les plaignants ont fait valoir que l'interdiction de l'assurance privée pour les services couverts par le système public d'assurance-maladie violait la Charte québécoise des droits et libertés et la Charte canadienne des droits et libertés. Mais ils ne contestaient pas les lois interdisant aux médecins de faire de la surfacturation ou de facturer le patient et l'assureur pour un même service. La Cour suprême a rendu un jugement partagé à 3 contre 3 pour ce qui est de savoir si l'interdiction de l'assurance privé pour des services assurés au public violait la charte canadienne. Toutefois, la cour a statué à 4 contre 3 que cette interdiction violait la charte québécoise⁶. En d'autres termes, la question fondamentale de savoir si l'interdiction de l'assurance privée viole la charte est toujours pas résolu.

Même si la portée de la décision Chaoulli était moindre que ce que recherchent les plaignants de Colombie-Britannique, elle a déjà eu un impact négatif sur le système public de soins de santé. Depuis 2005, le Québec a connu une augmentation significative du nombre de cliniques privées où

pratiquent des médecins qui se sont retirés du régime d'assurance-maladie. Il y a aussi eu une augmentation du nombre de cas de facturation illégale par des médecins retirés du système — des pratiques en matière de facturation contre lesquelles, disent les critiques, le gouvernement n'a rien fait.

Selon la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ, le régime d'assurance-maladie de la province), seulement 20 % des cliniques qui se sont retirées du système ont adopté des pratiques qui sont conformes aux exigences légales en matière de facturation des patients et de frais accessoires¹⁷. Au Québec, la surfacturation est qualifiée de frais accessoires.

M Zeliotis, le patient dans la cause Chaoulli avait demandé l'intervention de la cour après avoir attendu une chirurgie de la hanche deux ans. Mais aujourd'hui, pour les résidents du Québec, le temps d'attente pour une chirurgie de la hanche est à peu près le même que dans les autres juridictions, un objectif qui a été atteint, pas en raison du jugement de la Cour suprême, mais grâce à des politiques publiques novatrices qui ciblaient la diminution des temps d'attente¹⁸.

Mais depuis le jugement Chaoulli, la facturation illégale a connu une forte augmentation au Québec. En 2014, cinq organisations représentant des militants des soins de santé, des retraités et des médecins en faveur du régime public ont lancé un recours collectif contre les cliniques qui pratiquent la surfacturation, ainsi que contre le Ministre de la Santé et la RAMQ, pour avoir négligé de défendre l'intérêt public¹⁹.

Dans la cause Chaoulli, la Cour suprême a conclu que les patients québécois devraient être en mesure de souscrire à une assurance privée lorsque le système public n'est pas en mesure d'assurer les services. Mais ce n'est pas ce que les plaignants de la Colombie-Britannique recherchent. Ils demandent à la cour de légaliser la surfacturation, les frais d'utilisateurs et l'assurance privée, mais pas pour faire diminuer les temps d'attente dans le système public. S'ils obtiennent gain de cause, le jugement affectera la capacité de la Loi canadienne sur la santé et de tous les régimes provinciaux d'assurance-maladie de gérer l'accès à un médecin et aux services de santé en fonction des besoins plutôt que de la capacité à payer.

L'argumentaire

LE GOUVERNEMENT ET les intervenants pro-assurance-maladie seront en mesure de se baser sur un solide faisceau d'arguments démontrant le lien entre les établissements à but lucratif qui dépendent des paiements privés d'un côté et les coûts plus élevés et les listes d'attente plus longue de l'autre. Des études démontrent aussi qu'en plus des coûts plus élevés, les patients qui se font traiter dans des établissements privés obtiennent des résultats moins satisfaisants. Ces établissements à but lucratif connaissent aussi des taux de mortalité plus élevés que dans les environnements sans but lucratif, que ce soit au privé ou au public²⁰.

Selon un certain nombre d'études, l'arrivée de l'assurance-santé privée comme stratégie de réduction des temps d'attente pour la population a l'effet contraire. En Angleterre par exemple, les régions où un plus grand nombre d'individus ont souscrit à une assurance privée semblent consacrer moins de ressources publiques pour restreindre les temps d'attente²¹. Il est probable que les recommandations basées sur les faits en vue de l'élaboration de stratégies publiques visant la diminution des temps d'attente — soumises aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, par les associations professionnelles²², les coalitions de la santé²³, la Coalition canadienne de la santé (maintenant défunte)²⁴, l'Alliance sur les temps d'attente²⁵, et le Sénat²⁶, seraient minées par la mise en œuvre d'options de paiements privés.

La plupart des experts reconnaissent que les comparaisons internationales des temps d'attente sont difficiles à effectuer, parce que la moitié des pays de l'OCDE, incluant la Suisse, la France et l'Allemagne, ne font pas de

collecte régulière de données sur les temps d'attente²⁷. Il est même difficile de comparer les temps d'attente entre les pays qui effectuent des collectes de données, parce qu'il n'existe pas de méthode normalisée de collecte et de compilation des données. Différents pays utilisent différents points de départ (p.ex. référence initiale, premier rendez-vous avec un spécialiste) et différents points d'arrivée. De plus, l'utilisation des données sur les temps d'attente comme méthode de surveillance de l'accès aux services a ses limites selon une étude, notamment parce que les statistiques ne donnent pas l'information nécessaire pour déterminer si le temps passé à attendre est acceptable compte tenu des besoins²⁸.

Les comparaisons sont difficiles même d'une province à l'autre au Canada et ce, pour des raisons similaires ; il existe trop peu de normes ou de cibles nationales. Plus particulièrement au cours de la dernière décennie, les provinces ont élaboré des calendriers de temps d'attente, mais ils demeurent limités par d'importants problèmes de méthodologie. La normalisation à l'échelle de l'ensemble des juridictions s'est avérée très difficile.

Ce qui est vrai dans toutes les provinces où il n'y a pas une file d'attente commune, c'est que ce sont les chirurgiens (et non la province ou la direction de la santé) qui décident quels patients vont subir une chirurgie, à quel moment et dans quel ordre. Dans ces cas, ni le personnel hospitalier ou les directions de la santé, ni les provinces ne transfèrent les patients d'un chirurgien à un autre, alors que les patients, en consultation avec leur médecin traitant, devraient avoir la possibilité de choisir cette option. C'est le chirurgien et lui seul qui décide si une chirurgie doit être considérée comme urgente ou non.

Croissance des cliniques à but lucratif

La plupart des cliniques privées du Canada ont été ouvertes pendant le milieu des années 90 et après, alors que les fermetures d'hôpitaux et la diminution du nombre de lits ont créé une ouverture pour les entrepreneurs privés intéressés à s'enrichir en profitant des occasions mises de l'avant – quelques fois intentionnellement – par les gouvernements provinciaux qui étaient déterminés à diminuer les coûts de santé en retirant des services de la liste des services assurés ou en diminuant les services²⁹. Alors que les politiques publiques constituaient un facteur déterminant dans la croissance des cliniques à but lucratif, les avancées en matière de technologies chirurgicales et d'anesthésie ont favorisé une augmentation du nombre de procédures

pouvant être effectuées en consultation externe, dans des établissements non hospitaliers.

Entre 1995 et 2000, en Colombie-Britannique, le nombre de chirurgies pour les cataractes et les remplacements du genou qui pouvaient, dans la plupart des cas, être faites en service ambulatoire a augmenté de 66 % dans le cas des cataractes et de 92 % dans le cas des genoux³⁰. Au cours de la même période, dans l'ensemble du Canada, le nombre de chirurgies effectuées en consultation externe a connu une augmentation d'environ 70 % à 87 %³¹, faisant du Canada le pays où il se fait le plus de chirurgies en externe au monde³². La plupart des chirurgies à l'externe se font dans un environnement hospitalier, mais certaines provinces ont autorisé des investisseurs privés à s'établir dans le domaine.

En 2006, il y avait au Canada environ 72 cliniques chirurgicales privées qui effectuaient des interventions assurées par le régime public et de ce nombre, 25 étaient établies en Colombie-Britannique³³. Plusieurs cliniques privées se spécialisent dans des domaines précis comme les yeux, les hanches et les genoux et elles sont concentrées dans les villes les plus densément peuplées.

Une analyse en profondeur menée par la Coalition de la santé de l'Ontario en 2008 est arrivée à la conclusion qu'une majorité de cliniques privées facturaient directement leurs patients pour les services, ce qui contrevient à la loi provinciale et à la Loi canadienne sur la santé. Le rapport notait qu'une proportion importante des cliniques à but lucratif maximisaient leurs revenus (et leurs profits) en combinant la facturation au régime public à la facturation directe chaque fois qu'elles le pouvaient que ce soit dans le cadre ou hors du cadre de la loi canadienne, en ayant recours à la Commission de la santé et sécurité au travail (ou son équivalent), à une tierce partie, à des clients de l'extérieur du pays ou à la facturation directe aux patients³⁴.

Qu'est-ce que la preuve dit de la contribution des fournisseurs de soins privés à but lucratif à la diminution des listes d'attente au Canada et à l'international ? Il s'agit d'une question importante, puisque le nombre de cliniques privées a augmenté au cours des 20 dernières années au Canada. Même s'il existe des différences dans les façons qu'ont les pays de collecter les données sur les temps d'attente, la prestation et le financement par le privé des services de santé n'ont pas contribué de façon significative à une diminution des temps d'attente dans le système public — dans aucun pays³⁵.

Une synthèse de la preuve internationale effectuée en 2010 a démontré que l'assurance-santé privée n'avait aucun impact sur les temps d'attente et que les cliniques privées étaient associées à une qualité plus faible et à des

coûts plus élevés. Les fournisseurs de soins à but lucratif étaient plus susceptibles de choisir des services pouvant être dispensés à grand volume (et donc plus lucratifs) et de choisir des patients ne présentant que peu ou pas de complications, une pratique connue sous le nom de sélection du risque ou plus communément de tri sur le volet.

Un article récemment paru dans le *New York Times* révélait que dans le système américain basé sur le marché, les patients peuvent obtenir rapidement des procédures lucratives, même si elles ne sont pas urgentes d'un point de vue médical. Mais pour ce qui est des personnes âgées, des personnes qui ont des besoins complexes et urgents, comme de l'asthme ou du diabète, elles vont devoir attendre des semaines ou même plus, si elles doivent trouver un médecin qui accepte leur programme d'assurance ou le régime d'assurance-maladie³⁶.

Au Canada, il existe aussi des éléments tendant à prouver que les cliniques privées à but lucratif qui facturent des frais d'établissement ou qui pratiquent la surfacturation ne contribuent pas à la diminution des temps d'attente d'une façon aussi nette que le prétendent les investisseurs et les partisans de cette façon de faire. Un article rédigé par Wendy Armstrong rapportait qu'en Alberta, un système parallèle de chirurgie de la cataracte établi dans le secteur privé minait l'accès des patients à cette intervention parce que les médecins la pratiquent dans l'environnement privé et l'environnement public³⁷. Des conclusions semblables ont été publiées dans le cadre d'une étude menée au Manitoba où il a été révélé que ce sont les patients dont le chirurgien pratique et au privé et au public qui attendent le plus longtemps³⁸.

Une étude commandée en 2011 par la Commission d'indemnisation des travailleurs de Colombie-Britannique (WCB) soulève aussi des questions à propos de l'utilisation des établissements à but lucratif comme façon de faire diminuer les listes d'attente et d'atteindre un meilleur rapport coût-efficacité. L'étude menée par le professeur Mieke Koehoorn de l'Université de Colombie-Britannique a conclu qu'un travailleur blessé qui a besoin d'une chirurgie du genou était de retour au travail légèrement plus rapidement lorsqu'il avait subi dans le système public, une chirurgie qui n'a pas été accélérée. (En Colombie-Britannique, une chirurgie accélérée est définie comme étant une chirurgie effectuée dans les 21 jours suivants la consultation chirurgicale). Le coût était aussi considérablement plus élevé au privé. La WCB a payé près de 375 % de plus (3 222 \$) pour une chirurgie accélérée dans une clinique privée que pour une chirurgie non accélérée dans un hôpital public (859 \$)³⁹.

Les partisans de la surfacturation affirment que le problème des délais d'attente dans le système public peut être réglé en permettant aux méde-

cins et aux cliniques privées de facturer les patients pour les services médicaux et hospitaliers⁴⁰. Mais les défenseurs de l'assurance-maladie de la Colombie-Britannique signalent les efforts fructueux de l'Hôpital général de Richmond, de l'Hôpital de Mount Saint Joseph et de l'Hôpital Lions Gate où des changements à la pratique professionnelle et à la politique publique ont fait diminuer les temps d'attente de plusieurs mois, ont permis de réduire la durée du séjour à l'hôpital et ont contribué à l'augmentation du degré de satisfaction des patients⁴¹. Ces changements positifs devraient être mis en œuvre dans l'ensemble de la province. La voix des professionnels de la santé, incluant les chirurgiens, doit être entendue pour que de véritables efforts soient faits pour que les gouvernements mettent en œuvre ces changements ainsi que d'autres solutions basées sur les preuves recueillies dans l'ensemble du système.

L'Accord sur la santé a aussi contribué à l'établissement national de points de référence en matière de temps d'attente, une des raisons pour lesquelles des groupes réclament le renouvellement de l'accord, l'expansion des régimes publics d'assurance-maladie de façon à ce qu'ils couvrent des services qui ne le sont pas actuellement et un investissement plus important dans les soins primaires communautaires, afin d'alléger le fardeau des services d'urgence des hôpitaux. Les partisans du marché de la concurrence dans le système de soins de santé font depuis longtemps du lobbying auprès des gouvernements afin qu'ils rétablissent un système qui est systématiquement rejeté par une majorité de Canadiens. Les politiciens qui veulent rester en poste résistent à ces appels répétés au démantèlement de ce que les critiques de l'assurance-maladie appellent un monopole d'état dans le secteur des soins de santé.

Depuis l'entrée en vigueur de la charte, 10 patients canadiens ont contesté la constitutionnalité de l'assurance-maladie sous prétexte qu'ils croyaient avoir attendu trop longtemps pour obtenir une chirurgie. Ce faisant, ils se sont joints à d'autres patients de partout au monde qui se sont adressés aux tribunaux pour se garantir le droit à des soins de santé ou à des médicaments⁴².

Les motifs de ceux qui s'adressent à la cour sont complexes, mais souvent il s'agit d'efforts pour rendre les gouvernements responsables des décisions en matière de financement et de politiques qui peuvent avoir un impact sur l'accès aux soins. Mais les résultats suggèrent que les principaux bénéficiaires des décisions favorables des tribunaux sont les individus profitant d'une meilleure position socio-économique et les gens qui vendent des services de santé. Les gens de la classe moyenne et les plus démunis n'en ont pas profité et dans la plupart des cas, leur accès aux services s'est détérioré⁴³.

Le principe de l'accès universel

LE SYSTÈME CONTEMPORAIN de soins de santé du Canada — sa prestation et son financement — est une entreprise en voie de réalisation. L'introduction de l'assurance-santé et hospitalisation, ou ce que nous appelons l'assurance-maladie, est arrivée après des décennies d'un débat souvent acrimonieux. Les associations médicales, l'industrie de l'assurance, les entreprises et les médias se sont ligués contre la création d'un système universel de soins de santé.

Les organisations représentant les travailleurs, les agriculteurs, les femmes, les groupes religieux et les petites entreprises ont commencé à faire pression sur les gouvernements afin qu'ils étudient comment un programme universel de soins de santé pourrait être mis sur pied. Il convient de noter que ces groupes n'ont pas fait campagne pour défendre le droit de payer pour des services de santé. Les expériences vécues dans un système au sein duquel le droit de payer dépend de la capacité à payer ont consolidé leur soutien à un régime d'assurance-maladie financé par la fiscalité.

En 1961, en réaction à la pression populaire, le gouvernement Diefenbaker a nommé le juge Emmett Hall à la tête de la Commission royale d'enquête sur les services de santé, commission dont le rapport final a jeté les bases de l'assurance-maladie. La commission a souligné que l'assurance-santé privée laissait 40 % des Canadiens sans assurance et de très nombreux autres in-

suffisamment assurés, dans la mesure où les contrats d'assurance existants ne couvraient pas bon nombre des services dont les patients avaient besoin.

Ceux qui étaient assurés devaient payer un coût élevé : dans le cas des polices individuelles M Hall a signalé que pour chaque tranche de prime d'assurance de 2,51 \$, l'assuré recevait 1,00 \$ de services médicaux, la différence allant aux profits et aux frais généraux. Chez les assureurs commerciaux vendant des assurances collectives, le déboursé était de 0,62 \$ pour chaque 1,00 \$ perçu en primes⁴⁴. Le juge Hall a aussi déterminé qu'un nombre important de Canadiens ne seraient jamais admissibles à une assurance-santé en raison de problèmes de santé préexistants. Ces personnes étaient tout simplement écartées parce que considérées non-assurables.

Le juge Hall a rejeté une proposition voulant que le gouvernement subventionne les gens afin qu'ils soient en mesure de s'acheter une assurance privée. Il aurait fallu pour cela que le Canada se dote d'un système d'évaluation des moyens afin de décider qui est admissible aux subventions. En plus des gens évalués pour leur admissibilité à divers programmes d'aide sociale, M Hall estimait qu'entre 39 % et 66 % des gens auraient dû être évalués afin de déterminer s'ils étaient admissibles à un régime d'assurance-maladie subventionné par le public⁴⁵.

Le juge Hall a aussi étudié la situation d'un certain nombre de pays européens et des États-Unis afin de déterminer quels aspects de leur système d'assurance-maladie pouvaient être adaptés au Canada avec succès. Même s'il a trouvé dans ces pays de nombreux éléments dignes d'être soulignés, il a recommandé l'adoption d'un système adapté aux diverses particularités canadiennes en matière de culture, de géographie et à son système de gouvernement fédéral. Les Canadiens doivent organiser nos ressources en harmonie avec notre situation, a écrit M hall, parce que, tous doivent pouvoir accéder aux services de santé dont ils ont besoin par la même porte⁴⁶.

Les recommandations du juge Hall ont été prises en compte dans la Loi sur les soins médicaux de 1966 qui marquait la création d'un système de soins de santé unique et véritablement canadien, un système très décentralisé et fondé sur le principe de l'accès universel basé sur les besoins. La loi a laissé des trous dans notre système public (p.ex. les soins dentaires, les soins à domicile, les soins de longue durée et les médicaments), des trous qui ne sont toujours pas comblés aujourd'hui. Mais les services hospitaliers, en interne et en externe, ainsi que les médecins étaient maintenant à la portée de tous les Canadiens aux mêmes conditions, un reflet de nos valeurs fondamentales.

La Loi canadienne sur la santé

LA SURFACTURATION EST UN SUJET sensible depuis la création de l'assurance-maladie. Les grèves des médecins en Saskatchewan (1962), au Québec (1970) et en Ontario (1985) ont porté sur le droit de facturer à des taux dépassant les tarifs négociés entre les associations médicales et les gouvernements provinciaux.

Bien que la surfacturation et l'imposition de frais d'établissement étaient illégales, en 1983 seulement, les médecins ont facturé près de 155 millions de plus que les tarifs négociés, une surfacturation concentrée surtout en Ontario et en Alberta⁴⁷. Le nombre de médecins qui ont surfacturé des patients varie d'une province à l'autre et vont de 53 % en Nouvelle-Écosse à 0,5 % en Colombie-Britannique⁴⁸, bien qu'en Colombie-Britannique, les frais d'établissement ont atteint près de 5,3 millions en juillet 1984 seulement⁴⁹.

En Ontario, les médecins inscrits au régime qui avaient des rendez-vous à l'hôpital ont obtenu le droit de mener une pratique extérieure au régime en utilisant un modèle de paiement qui faisait place à la surfacturation. En vertu de cette entente, les médecins pouvaient faire passer leurs patients les plus aisés par leur pratique menée à l'extérieur du régime et référer les autres à leur pratique menée dans le système hospitalier public⁵⁰. À la fin des années 70, ces ententes ont été au centre d'une crise de l'assurance-maladie qui a amené le public à réclamer l'interdiction pure et simple de la surfacturation et des frais d'utilisateurs⁵¹.

En 1979, le gouvernement fédéral a chargé Emmett Hall, qui a présidé la première Commission royale d'enquête sur l'avenir des soins de santé d'enquêter sur l'étendue des accrocs à la loi. Il est arrivé à la conclusion que le phénomène de la surfacturation constituait une grave menace aux principes et de fait, à la survie même de l'assurance-maladie⁵².

L'enquête de M Hall ajoutée à une demande pressante du public pour que le gouvernement mette fin à ces pratiques a forcé le gouvernement à déposer la Loi canadienne sur la santé qui a été adoptée à l'unanimité par la Chambre des Communes le 1^{er} avril 1984. Les 5 principes de la loi — universalité, gestion publique, accessibilité, transférabilité et intégralité — ont été très bien accueillis par les Canadiens.

Bien que de nombreux médecins s'opposaient avec véhémence à l'interdiction totale de la surfacturation, dans la décennie qui a suivi l'adoption de la loi, l'opposition professionnelle à l'assurance-maladie a considérablement diminué, avec seulement une proportion de 15 % qui serait en faveur d'un retour à l'assurance privée⁵³.

Le Canada et les comparaisons avec l'Europe

BRIAN DAY ET les autres investisseurs du secteur de la santé pointent en direction de l'Europe et plus particulièrement la France, l'Allemagne, la Belgique et la Suisse où, disent-ils, le système public et le système privé coexistent à leur avantage mutuel et les listes d'attente sont pratiquement inexistantes dans les deux systèmes⁵⁴. Mais si nous avons quoi que ce soit à apprendre des Européens, ce serait plutôt comment réduire les dépenses au privé et étendre la couverture de l'assurance publique aux soins dentaires, aux médicaments d'ordonnance à la prestation par le communautaire de nombreux services en externe qui ont été retirés de la liste des services assurés par les régimes provinciaux d'assurance-maladie ou qui n'en ont jamais fait partie.

Lorsque les premières cliniques à but lucratif ont ouvert leurs portes au Canada en 1982, la proportion de la composante publique des dépenses totales en santé était de 76,2 %, comparé à 70,1 % aujourd'hui⁵⁵. Ce chiffre inclut les régimes publics d'assurance-médicaments, les soins à domicile et en institution et les services de santé aux autochtones. En 2004, le pourcentage des services de santé inclus dans le panier de l'assurance-maladie, soit la portion des services effectivement couverts en vertu des critères de la Loi canadienne sur la santé n'était que de 42 % dans l'ensemble du pays⁵⁶.

Il s'agit d'un portrait très différent de celui qui est peint par les partisans d'un rôle accru pour le privé au sein du système de santé canadien. De fait, Colleen Flood, professeure à l'Université de Toronto, a écrit :

Ce qui distingue le système de santé du Canada des autres n'est pas le fait que le financement privé est bas, mais le fait que nous acceptons ce niveau de financement privé. Les besoins en santé des Canadiens ne sont couverts par le système public que dans 70 % des cas, comparativement au Royaume Uni (84 %), à la Norvège (85 %) ou même la France (77 %). De fait, les Canadiens détiennent plus d'assurance privée que les Américains⁵⁷.

Les assureurs privés du Canada ont dépensé 22,7 milliards en 2010, soit environ 11,2 % du total des dépenses en santé. Mais le pourcentage des revenus provenant des primes payés en prestations n'était que de 74 % en baisse, par rapport au niveau de 1991 qui était de 92 %. Au total, les Canadiens ont payé près de 6,8 milliards en primes de plus que ce qu'ils ont reçu en prestations en 2011⁵⁸. En comparaison, la contribution des assureurs privés au total des dépenses en santé de l'Union européenne est relativement modeste, ne dépassant 5 % qu'en Autriche, en France, en Allemagne, en Irlande, aux Pays Bas et en Slovénie⁵⁹.

Contrairement à la pratique en cours aux États-Unis, les Canadiens ont droit à une couverture universelle sans discrimination basée sur l'âge, l'état de santé et le sexe, mais seulement avec le système public d'assurance. Comme le soulignait une revue de la Loi canadienne sur les droits de la personne, nos lois sur les droits de la personne permettent aux assureurs privés de faire de la discrimination sur la base de l'âge, du sexe et du handicap, afin de limiter les risques, ce que les assureurs croient nécessaire pour maintenir le coût des régimes privés d'assurance abordable⁶⁰.

Les assureurs privés ont aussi le droit (et l'exercent) de faire de la discrimination sur la base de la capacité à payer. Il s'agit d'une façon de faire qui contraste violemment avec les lois et règlements de l'assurance publique qui exigent des régimes publics d'assurance-maladie qu'ils couvrent tous les Canadiens selon les mêmes modalités et conditions.

Un système à l'américaine au Canada ?

LES FRAIS D'ÉTABLISSEMENT pour les services chirurgicaux en consultation externe sont un phénomène nord-américain qui est devenu très controversé. La *U.S. Medicare Payment Advisory Commission* rapportait en 2012 que l'assurance-maladie allait permettre d'économiser entre 1 milliard et 5 milliards sur 5 ans, si les frais d'établissement, qui n'apportent aucun avantage supplémentaire aux patients, étaient éliminés. Les personnes âgées qui représentent la majorité des 49 millions de résidents américains couverts par l'assurance-maladie et qui doivent contribuer financièrement aux services économiseraient 250 millions par année si ces frais étaient abolis⁶¹. Certains médecins américains ont demandé au gouvernement d'éliminer les frais d'établissement le plus rapidement possible⁶².

Le Canada et les États-Unis partagent des expériences similaires en matière de cliniques chirurgicales, notamment la surfacturation, la facturation frauduleuse et les conflits d'intérêt endémiques. Au cours des années 90, les cliniques chirurgicales ambulatoires (ASC) américaines ont commencé à croître en nombre et en taille et à se concentrer sur des types de procédures spécifiques, comme les chirurgies de la hanche ou du genou. Depuis ce temps, plusieurs ASC ont été achetées par des concurrents plus importants, ont été fusionnées ou étendues pour devenir ce qu'il est maintenant convenu d'appeler des hôpitaux spécialisés.

Les partisans font valoir que les missions définies et les ressources dédiées peuvent améliorer la qualité des soins et diminuer les coûts des soins de santé. Mais les détracteurs signalent l'existence d'un modèle en vertu duquel les médecins qui pratiquent dans ces hôpitaux spécialisés en sont souvent actionnaires, choisissent les patients posant le moins de risques, font le plus gros des interventions les plus rentables et négligent d'offrir d'autres services de santé communautaires essentiels aux patients qui ont subi une chirurgie⁶³.

Les hôpitaux spécialisés ont été accusés de nuire à la santé financière des hôpitaux généralistes à qui il reste moins de ressources humaines, mais des patients plus malades⁶⁴. Les critiques affirment aussi que les médecins qui investissent dans les hôpitaux spécialisés et réfèrent ensuite les patients à ces hôpitaux dont ils sont actionnaires ont des incitatifs financiers qui nuisent à leur jugement clinique. Environ 70 % des hôpitaux spécialisés des États-Unis appartiennent en tout ou en partie à des médecins⁶⁵.

Depuis le milieu des années 90, les établissements autonomes comme le Cambie Surgery Centre ont caractérisé le secteur de la chirurgie à but lucratif du Canada, mais le modèle change et ressemble d'avantage à celui des États-Unis.

Centric Health est une entreprise canadienne basée à Toronto, mais soutenue par du capital de risque américain⁶⁶. La compagnie investit massivement dans le secteur de la santé et est maintenant établie dans 840 localités dans l'ensemble du Canada. La croissance des investissements de Centric se fait surtout du côté des cliniques chirurgicales à but lucratif. Entre 2009 et 2011, Centric a acquis 14 nouvelles compagnies dans 7 provinces⁶⁷, incluant le False Creek Surgical Centre de Vancouver, le Maple Surgical Centre de Winnipeg et le Canadian Surgical Solutions de Calgary.

L'objectif de Centric est d'exploiter une gamme complète de services de santé et d'encourager les patients à éviter l'ensemble du secteur public. En plus de ses cliniques de chirurgie, la compagnie exploite maintenant plus de 60 000 lits de soins de longue durée et a à son service plus de 3 400 professionnels de la santé, consultants et autres membres du personnel⁶⁸. Environ 51 % des revenus de la compagnie proviennent des services de physiothérapie ; Centric domine ce marché depuis 2001, soit à la suite de l'acquisition de LifeMark, la plus importante compagnie de réadaptation du Canada avec 120 cliniques.

La compagnie a aussi lancé une stratégie agressive de recrutement de médecins, afin de s'assurer qu'elle peut compter sur la disponibilité de tous les professionnels de la santé et du personnel de soutien nécessaires à ses

projets d'expansion⁶⁹. À cette fin, Centric a mené une vaste révision des lois, règlements et codes d'éthique dans l'ensemble du Canada et a découvert que les organismes réglementaires du Canada n'ont manifesté aucune préoccupation face aux possibles conflits d'intérêt. Même si la compagnie recommande que ses médecins divulguent à leurs patients leur participation au capital action de la compagnie et offrent à ces patients la liberté de choix en matière de référence, rien n'empêche les professionnels de la santé d'acheter ou de détenir des actions de Centric tout en travaillant pour la compagnie et en assurant en même temps des services dans le système public⁷⁰.

L'interdiction de la surfacturation et des frais d'établissement a permis aux provinces canadiennes d'éviter le lourd fardeau réglementaire et administratif qui est le lot des États-Unis, où la réglementation des services de santé a coûté, en 2004, 340 milliards sur des dépenses totales de 1,7 billion de dollars⁷². Malgré ces dépenses élevées, la fraude coûte le système de santé aux États-Unis 75 milliards de dollars par an⁷¹. Il s'agit de coûts que les Canadiens ne peuvent tout simplement pas se permettre. Et si nous permettons au marché des soins de santé de prendre de l'expansion, nous devrons le réglementer ou prévoir les coûts encore plus élevés entraînés par l'absence de réglementation.

Le remède préconisé par M Day pour le système canadien de santé n'est pas européen comme il le suggère. Il est fondé sur le très coûteux système américain, lequel est basé sur le droit de payer, ce qui empêche des millions de personnes d'avoir accès aux soins dont elles ont besoin et qu'elles méritent.

Conclusion

LES PLAIGNANTS DANS la cause *Cambie Surgeries Corporation et al. v. Medical Services Commission et al.* espèrent bâtir leur cause sur la base du controversé arrêt *Chaoulli* de 2005, dans lequel la Cour suprême du Canada a statué que les patients du Québec devraient avoir accès à une assurance privée dans les cas où les temps d'attente sont trop longs. Mais en Colombie-Britannique, l'objectif est beaucoup plus ambitieux. La contestation en vertu de la charte déposée en Colombie-Britannique semble porter presque exclusivement sur l'élimination de l'interdiction de la surfacturation et des frais d'utilisateurs, sans égard au temps d'attente. Comme nous l'avons vu, les implications pour le système public de soins de santé du Canada sont considérables.

Si les Canadiens veulent savoir à quoi ressemblera notre système de santé si la corporation *Cambie* a gain de cause, ils peuvent se tourner vers leur propre expérience en matière d'assurance privée pour les soins de santé et les soins dentaires. Le nombre de travailleurs canadiens bénéficiant d'une assurance santé et soins dentaires parrainée par leur employeur est en déclin depuis la fin des années 90. En 2005, la dernière année pour laquelle nous disposons de données de Statistiques Canada, seulement 40 % des lieux de travail canadiens offraient des avantages sociaux liés à la santé. Ces régimes couvraient 51,3 % des travailleurs pour ce qui est des soins de santé et 56,1 % pour les soins dentaires⁷³. En 2014, la proportion des travailleurs de la Colombie-Britannique profitant d'un régime d'assurance-santé

parrainé par l'employeur (excluant les personnes à charge) était de 36 % l'un des plus bas taux du pays⁷⁴.

Le Canada peut profiter de l'expérience des autres nations, y compris les États-Unis et certains pays européens. Ceux qui ont adopté des systèmes de santé à deux vitesses ou plus n'en ont tiré aucun avantage supplémentaire et dans la plupart des cas, les patients attendent encore plus longtemps pour recevoir des services dans le système public. Au Canada, l'assurance privée est une option improbable pour la vaste majorité des gens. Jusqu'à 80 % de l'argent consacré aux régimes d'assurance collective est dépensé pour les médicaments d'ordonnance⁷⁵. Il est peu probable que ces régimes étendus d'avantages sociaux seront en mesure de faire face aux coûts supplémentaires associés aux services de chirurgie et aux autres services assurés par les compagnies comme Cambie Surgeries Corporation. Face à l'escalade des coûts des services de santé privés les employeurs ont déjà aboli ou diminué les avantages sociaux de centaines de milliers de travailleurs canadiens, incluant les retraités⁷⁶.

Si le système public canadien est privé de ses médecins et de ses autres travailleurs de la santé, les gens qui n'ont pas d'assurance privé sur leur lieu de travail auront encore plus de difficulté à avoir accès aux soins de santé aux mêmes conditions que dans l'actuel système d'assurance-maladie. Les gens non-assurés (et non-assurables) devraient probablement passer par un examen de leurs ressources afin de confirmer qu'ils sont admissibles à une subvention publique, une façon de faire rejetée par la Commission Hall qui l'a jugée humiliante et dégradante. Comme le disait M Day en 2013 : « Il faudrait sûrement exclure les pauvres du paiement des frais d'utilisateurs. Il ne fait pas de doute qu'une certaine forme d'examen des ressources devra exister »⁷⁷.

Les Canadiens sont ouverts d'esprit en ce qui a trait à une réforme des soins de santé. Ils sont d'accord pour étudier les expériences menées dans d'autres provinces et d'autres pays afin de voir ce qui fonctionne. Mais les sondages indiquent qu'ils ne sont pas disposés à appuyer le droit de payer au détriment d'autres considérations comme des changements au système public d'assurance-maladie destinés à diminuer les temps d'attente. Une majorité de Canadiens croit plutôt à ce que disait Roy Romanow en 2002 : « Accepter un système dans lequel l'argent et non les besoins détermine qui a accès aux soins est une bien plus grande perversion des valeurs canadiennes ».

Il y a un intérêt grandissant pour l'expansion de l'assurance-maladie de telle façon qu'elle couvre aussi les soins dentaires, les soins de la vue, les

médicaments d'ordonnance, les services de réadaptation ambulatoires, les soins de longue durée et les soins à domicile, comme c'est le cas en Europe. Les Canadiens sont aussi intéressés par un investissement public plus important dans les soins primaires. Les sondages démontrent que la population de tout le pays appuie les innovations dans le système public de santé qui visent à en améliorer l'accès et à diminuer les temps d'attente. Les gouvernements bénéficient d'un appui solide pour la mise en œuvre de réformes positives à notre système de santé et ce, depuis la création de l'assurance-maladie. Il est temps qu'ils agissent.

Notes

- 1** « The outspoken surgeon advocates love to hate », Rod Mickleburgh, *The Globe and Mail*, 8 décembre 8 2010.
- 2** Day, B. How the Private Sector Can Save Medicare, *Healthcare Quarterly* 1(3) mars 1998.
- 3** « Supreme Court Showdown for Private Clinics », Tom Sandborn. *The Tyee*, 7 septembre 2009.
- 4** Canada (2002). Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada. Saskatoon, SK: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada [R.J. Romanow, Président]
- 5** « Common Sense Revolution in Medicare Reform », présentation de Brian Day à l'Institut Fraser, 30 mars 2006
- 6** Taylor, M.G. 1978. *Health Insurance and Canadian Public Policy*. Montréal: Presses de l'Université McGill-Queen p. 337.
- 7** « Doctors' group fighting Ottawa », Margaret Munro. *Southam News*, 14 décembre 1983.
- 8** « Doctors taking governments to court in battle against extra-billing legislation » Rick Haliechuk. *Toronto Star*, 17 juillet 1985; A03.
- 9** « Unhappy physicians can heal themselves », Robert Sheppard. *The Globe and Mail*, 14 juin 1990; A.17.
- 10** « Legal challenges may imperil medicare, public health care advocates say », Wendy Glauser. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 14 décembre 2010.
- 11** Affidavit #1, Bob de Faye, Président, Medical Services Commission, dans *CIMCA, Cambie, et.al. vs BC Medical Services Commission, BC Ministry of Health, BC Attorney General*. Assermenté le 23 juillet 2009.
- 12** *Assnigation, Canadian Independent Medical Clinics Association and Cambie Surgeries Corporation, et.al.*, 28 janvier 2009

- 13** Ministère de la santé, Programme d'intégrité de la facturation, Service de la vérification et des enquêtes. Specialist Referral Clinic (Vancouver) Inc., et Cambie Surgeries Corporation Rapport de vérification, juin 2012.
- 14** Demande reconventionnelle déposée par le Procureur général de la Colombie-Britannique (défendeur), No. S-090663, 11 janvier 2013.
- 15** Cambie Surgeries Corporation, et.al. v The Medical Services Commission, et.al. À la Cour suprême de Colombie-Britannique. Plainte civile modifiée ultérieurement. No. S090663, Registre de Vancouver, 10 janvier 2013. Disponible à <http://tinyurl.com/kdl3atm>.
- 16** Cette question ne s'applique qu'aux médecins non-inscrits du Québec. Voir Chaoulli v. Québec (Procureur général), 2005 SCC35, [2005] 1 S.C.R. 791. Disponible à <http://tinyurl.com/ln34mzr>.
- 17** Rapport d'expert de Damien Contandriopoulos dans Cambie Surgeries Corporation, et.al., vs Medical Services Commission, Ministère de la santé de Colombie-Britannique et Procureur général de Colombie-Britannique. Cour suprême de Colombie-Britannique, Registre de Vancouver dossier No. S-090663.
- 18** Institut canadien d'information sur la santé, Comparer les temps d'attente pour une intervention pour une fracture de la hanche au Québec avec ceux des autres juridictions. Disponible à: <http://tinyurl.com/kcjin7mv>.
- 19** "Cinq organismes dénoncent la facturation médicale illégale en cliniques médicales". Coalition Solidarité Santé, 14 novembre 2014. Disponible à : <http://www.cssante.com/node/494>.
- 20** Devereaux, P.J., Choi, P.T., Lacchetti, C., Weaver, B., Schunemann, H.J., Haines, T., et al. (2002). Une étude systématique et une méta-analyse des études comparant les taux de mortalité dans les hôpitaux privés à but lucratif et les hôpitaux privés sans but lucratif *Journal de l'Association médicale canadienne*, 166(11), 1399–1406.
- 21** Besley T et al. 1998. « Public and private health insurance in the UK. » *European Economic Review*; 42(3–5): 491–497.
- 22** Médecins canadiens pour le régime public, Stratégies pour diminuer les temps d'attente, présentée comme élément d'une trousse de premiers soins pour le système canadien de soins de santé au Conseil de la fédération en juillet 2013. Disponible à http://www.canadiandoctorsformedicare.ca/images/2013-07-21_CoF_Wait_Times_.pdf
- 23** Priest, A., Rachlis, M., Cohen, M., 2007. « Why Wait? Public Solutions to Cure Surgical Wait-lists, » CCPA et Coalition de la santé de Colombie-Britannique, mai 2007.
- 24** Conseil de la santé (2013). Rapport d'étape 2014 : Le renouvellement des soins de santé au Canada. Conseil de la santé, Toronto.
- 25** Wait Time Alliance. Time to Close the Gap. Rapport sur les temps d'attente au Canada. Ottawa: The Alliance; juin 2014.
- 26** Ogilvie, K.K. & Eggleton, A. (2012). Time for transformative change: A review of the 2004 health accord. Ottawa, ON: Comité permanent du Sénat, des affaires sociales, des sciences et de la technologie.
- 27** Viberg, N., et al. (2013). International comparisons of waiting times in health care – Limitations and prospects. *Health Policy*, 112(1), 53–61.
- 28** Godden S, Pollock AM. Waiting list and waiting time statistics in Britain: A critical review. *Public Health* 2009;123:47–51.
- 29** Barer, ML, Morgan, SG, Evans, RG. Strangulation or Rationization? Costs and Access in Canadian Hospitals, *Longwoods Review*, Vol. 1, No. 4, 2003.

- 30** McFarlane, Lawrie, “Supreme Court slaps for-sale sign on medicare”, *Journal de l’Association médicale canadienne*, 20 juin, 2005.
- 31** De Lathouwer, C., and Poullier, J.-P. (1988). “Ambulatory surgery in 1994–95: The state of the art in 29 OECD countries.” *Ambulatory surgery* 6:43–55. Il y avait des différences entre les hôpitaux urbains et ruraux, mais la moyenne était de 70 %.
- 32** Toftgaard, C. (2003). *World Wide Day Surgery Activity, 2003. IAAS Survey on Ambulatory Surgery*. London: International Association of Ambulatory Surgery. <http://www.ambulatorysurgery.org/survey.pdf>.
- 33** Mehra, N. *Eroding public medicare: Lessons and consequences of for-profit health care across Canada*. Coalition de la santé de l’Ontario, 2008. Disponible à <http://www.web.net/ohc/Eroding Public Medicare.pdf>
- 34** *ibid*, p. 10. Le rapport de la CSO a été remis à jour en 2014. *Voir For Health or Wealth? The evidence regarding private clinics and user fees in Ontario*. Coalition de la santé de l’Ontario Ontario, 25 mars 2014. Disponible à <http://tinyurl.com/nym3vvpd>
- 35** Kreindler, S. (2010). Policy strategies to reduce waits for elective care: a synthesis of international evidence. *British Medical Bulletin*, 95(1), 7–32.
- 36** “The Health Care Waiting Game: Long Waits for Doctors’ Appointments Have Become the Norm”, Elisabeth Rosenthal. *New York Times*, 5 juillet 2014. http://www.nytimes.com/2014/07/06/sunday-review/long-waits-for-doctors-appointments-have-become-the-norm.html?_r=0
- 37** Wendy Armstrong, *The Consumer Experience with Cataract Surgery and Private Clinics in Alberta: Canada’s Canary in the Mine-Shaft*, Association des consommateurs du Canada (chapitre de l’Alberta), (Edmonton: janvier 2000).
- 38** De Coster, C., Carriere, K.C., Peterson, S., Walld, R., MacWilliam, L. (1998). *Surgical waiting times in Manitoba*. Winnipeg: Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation.
- 39** Koehoorn M, McLeod CB, Fan J, McGrail K, Barer M, Côté P, Hogg-Johnson S. Do private clinics or expedited fees reduce wait- or return-to-work times for injured workers following knee surgery? *Healthcare Policy* août 2011;7(1):55–67. Les chirurgies non-accélérées ne sont pas effectuées dans les cliniques privées.
- 40** « The right to pay for private health care », Brian Day, *Vancouver Sun*, 23 juillet 2012. « Health-care system isn’t ‘the problem’. It’s the long waits ». Jon Ferry, *The Province (Vancouver)*, 25 janvier 2010.
- 41** Priest, A., et.al., *op.cit.*
- 42** MJ Roseman and S Gloppen, « Litigating the Right to Health: Are Transnational Actors Backseat Driving? » in AE Yamin and S Gloppen (eds), *Litigating Health Rights: Can Courts bring More Justice to Health?* (Cambridge, MA: Human Rights Program, Harvard Law School, 2011), p. 249
- 43** Voir par exemple, *Litigating Health Rights: Can Courts Bring More Justice to Health?* Yamin, Alicia Ely and Siri Gloppen (eds.) 2011. Harvard University Press et *The Right to Health at the Public/Private Divide: A Global Comparative Study*, Colleen M. Flood and Aeyal Gross (eds), 2014. Cambridge University Press.
- 44** Commission royale d’enquête sur les services de santé (CRESS), Vol. II., (Ottawa: Queen’s Printer and Controller of Stationary, 1964), p. 732.
- 45** *ibid*, p. 738.
- 46** Commission royale d’enquête sur les services de santé (CRESS), Vol. II., (Ottawa: Queen’s Printer and Controller of Stationary, 1964), pp. 19–20

- 47** Heiber, S., Deber, R. Banning Extra-Billing in Canada: Just What the Doctor Didn't Order. *Canadian Public Policy*, Vol. XIII; No1, 62–74. Tous les chiffres sont en dollars de 2014.
- 48** Pran Manga, *The Political Economy of Extra Billing* (Ottawa, Canada: Conseil canadien de développement social, 1983). Disponible à <http://www.ruor.uottawa.ca/handle/10393/19055> le 25 juillet 2014.
- 49** Heiber, op.cit.
- 50** ibid.
- 51** Tuohy, C. Medicine and the Canadian State: The Extra-Billing Issue in Perspective. *Canadian Journal of Political Science / Revue canadienne de science politique*, Vol. 21, No. 2 (juin, 1988), pp. 267–296
- 52** Manga, op.cit.
- 53** William, PA; Vayda, E; Cohen, ML; Woodward, CA; Ferrier, BM. Medicine and the Canadian State: From the Politics of Conflict to the Politics of Accommodation? *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 36, No. 4 (décembre, 1995), pp. 303–321.
- 54** Supreme Court of Canada Abolishes “Prohibition” of Healthcare, Communiqué de presse, Canadian Independent Medical Clinic Association, 9 juin 2005. Accédé le 14 février 2007 à <http://www.cimca.ca/news/2005june09.html>
- 55** Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2013. Ottawa, ON: CIHI; 2013. Le chiffre pour l'Ontario est 67,7 %
- 56** Marchildon, GP. *Three Choices for the Future of Medicare*. Ottawa: Caledon Institute of Social Policy, 2004.
- 57** « Canada should look to Europe on health care, not the US », Colleen Flood, *Globe and Mail*, 22 juillet 2014.
- 58** Law, M., Kratzer, J., Dhalla, I., The increasing inefficiency of private health insurance in Canada. *JAMC*, 24 mars 2014.
- 59** Thomson, S., Foubister, T., Mossialos, E. Financing Health Care in the European Union: Challenges and policy responses, *Observatory Studies Series No. 17*. Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Organisation mondiale de la santé (Copenhague) 2009, p. 32.
- 60** Commission d'examen de la Loi canadienne des droits de la personne, *Faire la promotion de l'égalité, une nouvelle vision*, (Ottawa: Commission d'examen de la Loi canadienne des droits de la personne, sous l'autorité du Ministre de la Justice et du Procureur général du Canada 2000), pp. 122–124.
- 61** “Hospital ‘facility fees’ boosting medical bills, and not just for hospital care”, *Center for Public Integrity*, 23 décembre 2012. Accédé le 28 janvier 2014 : <http://www.publicintegrity.org/2012/12/20/11978/hospital-facility-fees-boosting-medical-bills-and-not-justhospital-care>
- 62** “Facility fees can change the economic equation”, Beth Thomas Hertz, *Medical Economics*, 10 janvier 2013. Disponible à <http://medicaleconomics.modernmedicine.com>.
- 63** US General Accounting Office, *Specialty Hospitals: Geographic Location, Services Provided, and Financial Performance*, GAO-04-167, octobre 2003, disponible à www.gao.gov/new.items/do4167.pdf.
- 64** Dummit LA. Specialty hospitals: can general hospitals compete? *Issue Brief George Wash Univ Natl Health Policy Forum*. 13 juillet 2005;(804):1–12. Disponible à http://www.nhpf.org/library/issue-briefs/IB804_SpHospitals_07-13-05.pdf

- 65** « Moratorium for doctor-owned specialty hospitals now over », David Glendinning, 28 août 2006, American Medical News. Disponible à <http://www.amednews.com/article/20060828/government/308289981/4/>.
- 66** Centric Health, Management's, Discussion and Analysis For the Three Months Ended March 31, 2012 and 2011. Daté du 14 mai 2012.
- 67** Les provinces sont la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick. Approximativement 66 % des revenus de Centric proviennent de l'Ontario, suivi de l'Alberta (16 %) et de la Colombie-Britannique (12%).
- 68** Ibid.
- 69** Centric Health, Management's Discussion and Analysis For the Three Months Ended March 31, 2012 and 2011. Daté du 14 mai 2012.
- 70** Centric Health, Supplément de prospectus daté du 13 décembre 2011.
- 71** The Burden of Health Services Regulation, Hearing before the Joint Economic Committee, Congress of the United States, 13 mai 2004. Disponible à <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/CHRG-108shrg95588/html/CHRG-108shrg95588.htm>.
- 72** Smith, M., Saunders, R., et al. (2012). Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America. Washington, DC. National Academies Press. <http://iom.edu/Reports/2012/Best-Care-at-Lower-Cost-The-Path-to-Continuously-Learning-Health-Care-in-America.aspx>.
- 73** Statistiques Canada. (2005) Enquête sur le milieu de travail et les employés : Information détaillée, juin 2005. Ottawa: Statistiques Canada. En 2009, le gouvernement Harper a cessé de récolter les données sur les avantages sociaux en milieu de travail.
- 74** Fuller, C. Who Is Insured in Canada, 1999–2014. Non publié. Le nombre de personnes assurées (excluant les personnes à charge) provient de Provincial Facts & Figures, Life and Health Insurance in British Columbia (2014 Edition), publié par l'Association canadienne des compagnies d'assurance de la personne. Voir <http://clhia.uberflip.com/i/395998>.
- 75** Mercer. 2011. « Cost Trends in Health Benefits for Ontario Businesses: Analysis for Discussion. » Toronto, Mercer (Canada) Ltd.
- 76** “Caught in the crosshairs”, Virginia Galt, Globe and Mail (Section Affaires), 8 mars 2006.
- 77** “The Madness of Medicare in Canada”, par le Dr Brian Day. Webinaire de l'Institut Fraser, 28 novembre 2012.



CCPA

CANADIAN CENTRE
for POLICY ALTERNATIVES

CENTRE CANADIEN
de POLITIQUES ALTERNATIVES