

**Érosion du régime public  
d'assurance-maladie : Conséquences  
et leçons à tirer de l'avènement  
des soins de santé à but lucratif  
à travers le Canada**

**6 octobre 2008**

# Remerciements

Ce rapport est le résultat de la mise en commun de plus d'une année de recherches et de l'apport de toute une communauté de personnes à travers le Canada. Plus particulièrement, je remercie chaleureusement les chercheurs Andy Lehrer, Matt Adams, Michael DesRoches et Corvin Russell. Un grand merci également à Doug Allan et Irene Jansen pour leur collaboration aux recherches. Aux experts de la politique de la santé Colleen Fuller, Carol Kushner et Wendy Armstrong, pour leur sagesse et leur apport. Aux coalitions provinciales pour la santé de Terre-Neuve jusqu'en Colombie-Britannique, pour leur patience et leurs critiques constructives. À Mike McBane de la Coalition canadienne de la santé, qui s'est immédiatement porté volontaire pour appuyer ce projet. À Maude Barlow, pour son inspiration linguistique qui a étayé certaines parties du rapport. À Steven Barrett, au D<sup>r</sup> Danielle Martin, à Jackie Smith, à Jim McDonald, au D<sup>r</sup> Maurice McGregor, au D<sup>r</sup> Gordon Guyatt, au D<sup>r</sup> Ahmed Bayoumi, à Terry Kaufman et à Janet Maher pour la relecture et un bon feedback. À Steven Shrybman pour son important travail sur la *Loi canadienne sur la santé* et son dévouement inébranlable envers l'intérêt public. À nos commanditaires, dont la patience, je l'espère, a été récompensée. À mon conseil d'administration et particulièrement à sa présidente, Dora Jeffries, dont le dévouement et le soutien nous ont permis de prendre le temps de mener à bien ce qui s'est avéré être un projet gigantesque. À Stéphanie Lévesque de la Coalition ontarienne pour la santé, héroïne méconnue de la Coalition et pilier de son activité quotidienne. Aux coalitions locales pour la santé de l'Ontario qui feront de leur mieux, j'en ai la conviction, pour diffuser largement l'information contenue dans ce rapport. Enfin, merci de tout cœur aux bénévoles, étudiants et internes de la Coalition ontarienne pour la santé qui, en assumant la charge d'autres projets, nous ont permis de mener celui-ci à bon port.

*Rédaction : Natalie Mehra, directrice, Coalition ontarienne pour la santé*

Soutiens : Coalition de la Colombie-Britannique pour la santé, Coalition canadienne de la santé, Conseil des Canadiens, Médecins québécois pour le régime public, Alberta Friends of Medicare, Medical Reform Group, Coalition du Nouveau-Brunswick pour la santé; Coalition de Terre-Neuve-et-Labrador pour la santé, Nova Scotia Citizens' Health Care Network, Alternatives North, Coalition ontarienne pour la santé, Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, Coalition de la Saskatchewan pour la santé.

La version intégrale du rapport est uniquement disponible en anglais.

# Table des matières

## Page

4	Sommaire
6	Introduction
9	Contexte
11	Portée de la recherche
12	Enseignements
14	Étude de cas 1. Rversement de la privatisation
15	1 a. Centre à but lucratif de traitement du cancer en Ontario
17	1 b. Cliniques à but lucratif d'IRM/TDM en Ontario
20	1 c. Clinique Pan-Am au Manitoba
21	1 d. Centre de chirurgie Maples au Manitoba, clinique d'IRM privée
23	1 e. Cliniques à but lucratif d'IRM/TDM en Alberta
25	Étude de cas 2. Cliniques à but lucratif d'IRM/TDM
30	Étude de cas 3. Chirurgie des yeux au laser / chirurgie de la cataracte
33	Étude de cas 4. Hôpitaux à but lucratif (centres de chirurgie)
38	Étude de cas 5. Cliniques médicales de type « points de service »
40	Portrait pancanadien
41	Violations de la <i>Loi canadienne sur la santé</i>
74	Alberta Colombie-Britannique Manitoba Nouveau-Brunswick Terre-Neuve-et-Labrador Territoires du Nord-Ouest Nouvelle-Écosse Nunavut Ontario Île-du-Prince-Édouard Québec Saskatchewan Yukon

# Sommaire

Pour cette recherche, nous avons entrepris de faire un recensement de toutes les cliniques à but lucratif de diagnostic, de chirurgie et de type « points de service » qui pouvaient exister au Canada, dans le but de mesurer les conséquences de la privatisation axée sur le profit. Quel est leur impact sur les coûts et sur l'accès au système public de santé? Combien de cliniques contreviennent-elles à la *Loi canadienne sur la santé*? Où ces cliniques trouvent-elles leur personnel et qu'est-ce que cela implique en termes d'accès aux services publics sans but lucratif?

Voici, en bref, nos principales conclusions :

1. D'un bout à l'autre du Canada, nous avons recensé 42 cliniques d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et de tomodensitométrie (TDM) à but lucratif, 72 cliniques de chirurgie à but lucratif et 16 cliniques médicales de type « points de service ». Le nombre de cliniques de chirurgie ne tient pas compte des cliniques spécialisées en chirurgie esthétique ou d'autres procédures de même type non médicalement nécessaire.
2. Parmi les cliniques recensées, nous avons relevé 89 violations possibles de la *Loi canadienne sur la santé* dans cinq provinces. Il s'agit notamment de cliniques qui vendent des services privés en même temps qu'elles assurent des services du système public et qui surfacturent les clients pour des services médicalement nécessaires.
3. Nous avons constaté qu'un groupe de plus en plus agressif d'entrepreneurs privés exerce des pressions sur les gouvernements des provinces afin d'obtenir des contrats publiquement financés qui augmenteront leurs revenus (et leurs profits).
4. Les cliniques privées sont significativement nombreuses à afficher ouvertement qu'elles vendent des services de santé médicalement nécessaires en marge du système public. De plus, elles sont un important pourcentage à facturer les patients en plus de facturer le régime public, parce qu'elles combinent des services médicalement nécessaires et des services non médicalement nécessaires pour contourner la *Loi canadienne sur la santé*.
5. Les cliniques privées se sont multipliées et leur domaine d'activité s'est élargi depuis qu'ont eu lieu les coupes profondes dans les transferts pour la santé et dans les budgets des hôpitaux, au milieu des années 1990. Cette expansion s'est cependant accélérée au cours des cinq dernières années.
6. Nous assistons là à un phénomène nouveau. Les premières cliniques d'IRM à but lucratif ont ouvert leurs portes il y a dix ans seulement. Les autres ont majoritairement ouvert leurs portes au cours des cinq dernières années. Presque toutes les cliniques de chirurgie à but lucratif et les cliniques de type « points de service » ont ouvert leurs portes au cours des cinq dernières années.
7. À ce jour, toutes les régions du pays sauf l'Île-du-Prince-Édouard, les Territoires du Nord-Ouest, le Yukon et le Nunavut ont été la cible de l'expansion des cliniques à but lucratif.
8. La propriété des cliniques à but lucratif évolue : les petites cliniques appartenant à des intérêts locaux commencent à passer aux mains de chaînes et de multinationales américaines, une situation qui a de graves implications. Certaines cliniques d'IRM/TDM appartiennent à des chaînes, d'autres à des multinationales. Depuis cinq ans, nous avons été témoins des premières prises

de contrôle de chaînes et de l'arrivée de multinationales américaines dans ce domaine. Ces dernières années également, au moins une chaîne pancanadienne s'est donné un nouveau créneau en ouvrant des cliniques médicales de type « points de service ».

9. Les preuves que nous avons récoltées révèlent que les temps d'attente sont plus longs dans les régions où la privatisation est la plus présente, parce que le privé dépouille le système de santé public de ses ressources – financières et humaines.
10. Nous avons constaté une réduction démontrable de capacité des hôpitaux publics sans but lucratif, directement attribuable aux ponctions qu'effectuent les cliniques privées voisines dans leur personnel. Dans au moins deux provinces, des hôpitaux ont été forcés de réduire ou d'interrompre des services au public à cause des pénuries de personnel aggravées par les ponctions des cliniques à but lucratif voisines.
11. Il s'avère que les frais additionnels facturés par les cliniques privées dépassent les moyens de la plus grande partie de la population des provinces concernées.

La majorité des cliniques à but lucratif maximisent leurs profits en facturant le régime public, mais aussi en facturant directement les patients et les assureurs tiers. Les preuves montrent que les établissements à but lucratif érodent le système de santé public en exerçant une ponction dans ses ressources financières et humaines et en favorisant l'installation d'un système de santé à deux vitesses. Dans plusieurs cas, l'empressement des cliniques à maximiser leurs revenus en facturant toutes les sources disponibles – gouvernements, patients et assureurs tiers – est en train de compromettre l'égalité et l'impartialité du système public, qui est censé assurer un accès égal aux services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires sans égard à la capacité de payer.

Les preuves à l'appui de l'affirmation voulant que les établissements à but lucratif aient une influence sur la réduction des temps d'attente sont plutôt minces. En fait, dans des cas démontrables, des hôpitaux publics locaux sans but lucratif se sont retrouvés dans l'obligation de réduire leurs services parce que des cliniques à but lucratif ont puisé dans leur personnel, aggravant d'autant la pénurie qui sévit dans le système public. Pour favoriser la consolidation du système public et en améliorer ainsi l'équité d'accès, plusieurs provinces, dont l'Ontario, l'Alberta et le Manitoba, ont mis un terme à la possibilité d'opter pour la pratique à but lucratif.

Les données recueillies révèlent que les mesures qui ont été prises par le fédéral et les provinces pour mettre un terme à des violations de la *Loi canadienne sur la santé* ont été couronnées de succès. Cependant, aucune province n'a de régime réglementaire ni de mécanismes d'application adéquat pour mettre un terme à la surfacturation et empêcher l'installation d'un système à deux vitesses qui menace l'égalité d'accès aux soins. Enfin, le gouvernement fédéral ne veille pas à l'application de la *Loi canadienne sur la santé* pour protéger les patients contre les offensives de plus en plus agressives des partisans du démantèlement de l'accès égal aux soins de santé pour tous les Canadiens et Canadiennes.

# Introduction

Pour notre recherche, nous avons entrepris de faire un recensement de toutes les cliniques à but lucratif de diagnostic, de chirurgie et de type « points de service » qui pouvaient exister au Canada, afin d'analyser leur fonctionnement et leur impact sur les coûts et l'accès au système de santé public. Préoccupés par les cas de plus en plus nombreux d'entreprises privées qui vendent sans pénalité des services aux resquilleurs, mais aussi par l'inaction du fédéral et des provinces pour ce qui est de faire respecter le principe de l'universalité d'accès aux soins publiquement financés, nous avons tenté d'évaluer la situation « sur le terrain ». Conscients que nos conclusions seraient scrutées à la loupe, nous avons consciencieusement passé au peigne fin les reportages des médias pour n'en conserver que ceux qui avaient fait appel à des sources crédibles et nous avons téléphoné directement aux cliniques afin de nous entretenir avec leur personnel. Dans toute la mesure du possible, nous avons utilisé le langage qu'utilisaient les cliniques elles-mêmes – dans leur publicité et leurs discours et dans nos entrevues – pour faire le portrait complet de la croissance des hôpitaux et cliniques à but lucratif et de leur point de vue sur la vente de soins

Nos constatations révèlent un fait troublant, à savoir qu'un groupe de plus en plus agressif d'entrepreneurs privés favorise l'installation de services de santé à but lucratif qui menacent l'universalité et l'égalité d'accès aux soins pour tous les Canadiens et Canadiennes. Nous avons constaté qu'un nombre important de cliniques privées vendent ouvertement des services médicalement nécessaires en marge du système public. De plus, ces cliniques sont relativement nombreuses à exploiter les lacunes de la *Loi canadienne sur la santé* afin de surfacturer les patients. Elles opèrent sur les deux fronts en combinant des services médicalement nécessaires assurés par le régime public et des services non médicalement nécessaires (donc non assurés par le régime public), peu importe que cette pratique soit interdite ni qu'elle soit douteuse en termes d'éthique et de sécurité.

Dans le cadre de nos recherches, nous avons constaté que les cliniques privées se sont multipliées et que leur domaine d'activité s'est élargi depuis qu'ont eu lieu les coupes profondes dans les transferts pour la santé et dans les budgets des hôpitaux, au milieu des années 1990. Cette expansion s'est cependant accélérée au cours des cinq dernières années et la tendance s'accroît avec l'avènement des chaînes et des multinationales américaines. Presque toutes les régions du pays sont touchées et le type de propriété et de contrôle évolue, car les petites cliniques appartenant à des intérêts locaux commencent à passer aux mains de chaînes et de multinationales américaines. Nos recherches révèlent que les cliniques réduisent la capacité des hôpitaux publics locaux. Parce qu'elles vendent souvent leurs services sans égard aux besoins et qu'elles maximisent leurs profits en facturant non seulement le régime provincial d'assurance-maladie, mais aussi les patients et les assureurs tiers, les cliniques bafouent le principe qui est au cœur même de la raison d'être du régime d'assurance-maladie publique au Canada, à savoir que les gens qui ont le plus besoin de soins doivent être soignés en premier, quelle que soit leur capacité de payer.

Depuis l'ouverture des premières cliniques privées d'IRM en Colombie-Britannique et en Alberta, au moins 42 cliniques d'IRM/TDM se sont installées (fin 2007) à travers le pays. L'explosion de croissance la plus récente à avoir marqué ce domaine est celle des hôpitaux privés – ou cliniques de chirurgie – et des « points de service » qui vendent

l'accès à des médecins et à des professionnels de la santé en échange de milliers de dollars par patient par année. Alors que deux provinces seulement ont un processus d'accréditation qui effectue un suivi des cliniques de chirurgie à but lucratif, nous avons trouvé 72 de ces cliniques à travers le Canada, exclusion faite des cliniques qui vendent exclusivement des chirurgies esthétiques et d'autres procédures non médicalement nécessaires. Quant aux points de service, situés exclusivement dans les quartiers les plus riches des plus grands centres urbains du pays et non assujettis à des règles provinciales ou territoriales, nous en avons dénombré 16 en Colombie-Britannique, au Québec et en Ontario, et nous avons la certitude qu'il en existe plusieurs autres qui échappent au présent rapport. De plus, nous avons repéré des firmes intermédiaires de plus en plus nombreuses qui agissent comme « courtiers » à but lucratif et recrutent des « clients » pour les cliniques à but lucratif.

Il ne fait aucun doute que l'émergence des cliniques de santé à but lucratif est un phénomène nouveau qui découle de la privatisation des soins de santé au Canada. Presque toutes les cliniques d'IRM/TDM à but lucratif sont apparues depuis dix ans et leur nombre a doublé depuis cinq ans. Presque toutes les cliniques (hôpitaux) de chirurgie à but lucratif et presque tous les points de service médicaux ont vu le jour au cours des cinq dernières années. À ce jour, toutes les régions du pays sauf l'Île-du-Prince-Édouard, les Territoires du Nord-Ouest, le Yukon et le Nunavut ont été la cible de l'expansion des cliniques à but lucratif; le Nunavut a d'ailleurs récemment refusé un projet de clinique de mammographie à but lucratif. Même au Nouveau-Brunswick, où il n'y a présentement aucune clinique à but lucratif, les pressions en faveur de la privatisation sont agressives.

Parallèlement à l'expansion de l'industrie des soins de santé à but lucratif, nous observons une évolution du type de propriété et de contrôle dont il convient de se préoccuper. Nos recherches ont en effet révélé que de petites sociétés locales qui appartiennent à des médecins commencent à passer aux mains de chaînes qui appartiennent à des investisseurs. Des sociétés privées américaines de soins de santé et hospitaliers sont en train d'acheter des cliniques privées pour favoriser l'incursion des multinationales d'investisseurs en quête de profits au Canada.

Nos recherches révèlent également que les cliniques à but lucratif détournent les déjà rares professionnels de la santé des hôpitaux locaux et du système de santé public. Dans au moins deux provinces, nous avons constaté une réduction démontrable de capacité des hôpitaux publics sans but lucratif, directement attribuable aux ponctions qu'effectuent les cliniques privées voisines dans leur personnel. En Ontario, l'arrivée des cliniques d'IRM/TDM à but lucratif a entraîné une réduction des heures d'IRM dans les hôpitaux communautaires locaux. Au Manitoba, l'ouverture de la clinique d'IRM à but lucratif a entraîné une réduction des heures d'IRM au Centre des sciences de la santé de Winnipeg. De plus, du maraudage dans le personnel des hôpitaux locaux a été constaté en Nouvelle-Écosse et en Colombie-Britannique.

Nous avons par ailleurs constaté que les temps d'attente sont les plus long dans les régions où la privatisation est la plus présente. D'après Statistique Canada, Montréal est le pire endroit au Canada lorsqu'on cherche un médecin de famille. Pourtant, cette ville affiche une très haute densité de « points de service » – probablement la plus haute au pays – qui vendent des services de santé en marge du secteur public à de riches chefs d'entreprise et à des sociétés. Ces services sont inaccessibles à la vaste majorité de la population qui n'a pas les moyens de payer les frais extraordinaires qu'exigent les

cliniques. Les listes d'attente s'allongent dans les régions où le niveau de privatisation est élevé, comme en Alberta depuis l'ouverture des cliniques privées de chirurgie de la cataracte. Il ne fait aucun doute que les cliniques à but lucratif sont favorables à l'avènement d'un système de santé à deux vitesses. Nous avons recolté des preuves saisissantes qui démontrent que des ophtalmologistes à l'emploi d'établissements publics se font aussi employer dans des cliniques privées qui combinent la chirurgie de la cataracte avec des procédures non assurées afin d'échanger un accès privilégié contre des espèces sonnantes. Il n'est pas inhabituel aujourd'hui qu'un patient se fasse dire par son ophtalmologiste qu'il risque d'attendre des mois pour subir une chirurgie dans un hôpital, alors qu'il pourrait bénéficier d'un service plus rapide – par le même médecin – s'il consentait à allonger 2 000 \$ ou davantage. (Cette pratique d'auto-recommandation contraire à l'éthique semble être plus courante dans le domaine de la chirurgie des yeux.)

Soulignons tout particulièrement que, même si plusieurs gouvernements provinciaux qui souhaitent éviter l'avènement d'un système de soins de santé à la mode américaine tout en permettant l'ouverture de cliniques à but lucratif ont adopté pour hypothèse que la prestation de soins de santé à but lucratif ne met pas en péril le financement public de notre système de santé, il n'en va malheureusement pas ainsi dans la réalité. En fait, les résultats de nos recherches révèlent que les cliniques privées qui se retiennent de facturer les services directement aux patients sont plutôt rares, même si la facturation est contraire à la *Loi canadienne sur la santé*. Les cliniques à but lucratif que nous avons recensées maximisent pour la plupart leurs revenus (et leurs profits) en combinant une facturation au système public, une facturation directe respectueuse des lois canadiennes et étrangères à l'organisme d'indemnisation des accidentés du travail, à une tierce partie ou à un client étranger, ainsi qu'une facturation directe au patient. Les résultats de nos recherches n'appuient pas non plus l'hypothèse voulant que le système public puisse exister parallèlement à un système privé sans y laisser des plumes. Les cliniques à but lucratif du Canada ont détourné du temps de travail des professionnels de la santé des hôpitaux publics sans but lucratif afin de servir des patients ou « clients » dont les besoins sont légers – ou, pire, qui n'ont pas le moindre problème de santé – en laissant les cas lourds aux hôpitaux publics locaux dont le manque de personnel s'aggrave.

Les résultats de nos recherches démontrent qu'en règle générale, les cliniques à but lucratif sont administrées dans leur propre intérêt d'une manière qui maximise les profits et, pour ce faire, les cliniques ont adopté une démarche moralement agnostique quant aux conséquences qu'une telle pratique pouvait entraîner. Par exemple, dans les cliniques privées de la Colombie-Britannique que nos chercheurs ont visitées et où il faut présenter la demande d'un médecin pour subir un IRM, personne ne s'est montré préoccupé quand nos chercheurs ont voulu acheter des procédures médicalement non nécessaires en se faisant passer pour des patients. « Du moment que le médecin le demande... », nous a-t-on généralement servi comme réponse. D'ailleurs, plusieurs cliniques nous ont indiqué où trouver un médecin qui serait prêt à rédiger une demande d'IRM, même si l'examen n'était pas médicalement nécessaire. L'employé d'une clinique a même cherché à convaincre un de nos chercheurs de demander une tomodensitométrie non médicalement nécessaire – malgré le fait que ce type d'examen expose le patient à un niveau de radiation beaucoup plus élevé que les rayons X. Loin de se laisser perturber par le fait qu'il tentait de vendre une procédure potentiellement dangereuse sans la moindre raison médicale, l'employé de la clinique s'est contenté d'aviser notre chercheur qu'il devait être en bonne santé (asymptomatique) et avoir plus

de 50 ans puisque l'examen allait l'exposer à des radiations. Un survol des publicités des cliniques privées montre que ces dernières vendent toute une gamme de tests et de procédures, de la tomodensitométrie du corps complet jusqu'à la colonoscopie, sans tenir compte du besoin médical, pour mousser la demande de procédures non nécessaires.

Parfois de façon flagrante, parfois de façon plus insidieuse, les cliniques privées exploitent les larges lacunes que leur offre le système canadien, qui est pourtant censé reposer sur l'universalité d'accès aux soins en fonction des besoins et non de la capacité de payer. Les cliniques auront beau se revêtir de la cape des défenseurs de l'accès aux soins, nos constatations révèlent que les prix qu'elles pratiquent sont trop élevés et inabordables pour la majorité de la population canadienne, mis à part les riches.

Nos recherches indiquent par ailleurs que la dégradation vers un système à la mode américaine où les soins dépendent des moyens n'est pas inévitable. Les gouvernements qui ont voulu fermer le robinet ont réussi, comme l'a fait l'Ontario en refusant un projet de « points de service », ou comme l'a fait le Québec en reprenant les rênes de plusieurs cliniques, ou encore comme l'a fait le gouvernement fédéral en s'opposant à ce que les cliniques d'IRM à but lucratif facturent les patients en Alberta. Toutefois, les provinces ont généralement fermé les yeux ou omis d'établir un cadre réglementaire et un mécanisme de surveillance pour empêcher les transgressions. Le gouvernement fédéral, quant à lui, a totalement échoué ces dernières années dans sa mission d'agir comme défenseur des principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

Comme nous l'avons constaté, à cause du contexte de privatisation agressive et d'érosion des frontières éthiques, chaque province se voit maintenant dans l'obligation de créer des mécanismes nettement améliorés de déclaration, de surveillance et d'application. Les gouvernements provinciaux et territoriaux représentent un intérêt public immense – et ils ont la capacité de l'utiliser, s'ils le souhaitent, pour empêcher la prolifération des établissements privés à but lucratif et la croissance des multinationales de la santé à but lucratif au Canada, en protégeant l'égalité d'accès aux soins de santé. Pour tous les Canadiens et Canadiennes, le système de santé public a été synonyme de rempart contre les inégalités, contre les pertes de vies inutiles, contre l'érosion de la cohésion sociale. Notre espoir, c'est que les conclusions du présent rapport contraignent les décideurs à agir, à améliorer la capacité du système public sans but lucratif et à protéger les formidables gains que notre système de santé public nous a légués sur les plans de l'égalité, de l'accès, de l'impartialité et de l'efficacité.

# Contexte

L'accès aux soins de santé est une question importante pour la plupart des Canadiens et Canadiennes. Les gens veulent savoir qu'ils auront un lit d'hôpital ou qu'ils recevront des soins dans la communauté ou dans les environs si le besoin s'en fait sentir. Ils veulent savoir que le coût des soins ne sera pas un obstacle, qu'un spécialiste pourra être consulté en temps opportun, que l'accès aux tests et aux traitements sera assuré le cas échéant.

Le régime public d'assurance-maladie du Canada – créé par la *Loi canadienne de la santé* – a éliminé l'obstacle de la capacité de payer en mettant en commun l'argent de nos impôts et en le redistribuant pour financer un accès aux soins en fonction du besoin. Notre régime repose sur le principe de l'universalité, qui signifie que les Canadiens et Canadiennes doivent avoir accès aux soins médicaux et hospitaliers nécessaires, qu'ils soient riches, de la classe moyenne ou pauvres. Dans l'esprit de la *Loi*, les provinces et territoires ont pu adopter une série de règles législatives afin de gouverner le système de santé public. Cependant, pour pouvoir toucher les transferts de financement du fédéral, les provinces et territoires sont tenus de se conformer au principe de base de la *LCS* – à savoir que tous les Canadiens et Canadiennes doivent avoir accès, aux mêmes conditions, à des soins médicaux et hospitaliers publiquement financés.

Le gouvernement fédéral est censé retenir les fonds fiscalement récoltés si les gouvernements provinciaux contreviennent à ce principe de base. Ce système de reddition de comptes a été utilisé périodiquement pour contrôler la conformité à la *Loi*. Par contre, ces dernières années, le gouvernement fédéral a à peu près abdiqué sa responsabilité de demander des comptes, tant en ce qui a trait à l'utilisation des transferts fédéraux en matière de santé qu'en ce qui concerne le respect des principes sur lesquels repose notre système de santé public.

La création du régime public d'assurance-maladie est le résultat d'un compromis. Au début, le juge Emmett Hall avait recommandé l'adoption d'un régime d'assurance public, mais il avait laissé l'exploitation du système à un réseau de médecins et d'établissements hospitaliers de bienfaisance sans but lucratif à travers le pays, au lieu d'opter pour des médecins salariés et un système hospitalier entièrement public comme l'avait fait la Grande-Bretagne. À l'époque de la création du régime canadien d'assurance-maladie, les multinationales à but lucratif de l'industrie de la santé n'existaient pas, quoique l'industrie des assurances et l'Association médicale canadienne – soutenues par l'American Medical Association – contestaient le système public à payeur unique pour lui préférer un système permettant la surfacturation.<sup>1</sup> Il existait effectivement de petites entreprises locales dans le domaine des soins de santé, mais on n'imaginait pas à l'époque l'agressive quête de profit qui sévit aujourd'hui.

En fait, dès le milieu des années 1900 – plus tôt en Saskatchewan – le gouvernement fédéral et les provinces ont collaboré à la création d'une infrastructure d'hôpitaux publics, de bienfaisance et sans but lucratif, d'une part afin d'atténuer les inégalités

---

1

Voir Barlow, Maude. *Profit Is Not the Cure*. Toronto: McClelland and Stewart Ltd., 2002; p. 20. Pour en savoir plus sur la bataille contre la création du régime public d'assurance-maladie au Canada, voir Fuller, Colleen. *Caring for Profit*. Vancouver et Ottawa: New Star Books et Centre canadien de politiques alternatives, 1998; pp.42-46.

géographiques en termes d'accès aux soins, d'autre part afin de constituer un réseau qui allait permettre la création de notre régime public d'assurance-maladie. Pendant une bonne partie de cette moitié du 20<sup>e</sup> siècle, les décideurs politiques canadiens ont tenté d'améliorer l'accès au régime en l'élargissant et en le modernisant avec les technologies émergentes de l'IRM et de la TDM, en créant des stratégies pour pallier aux disparités régionales d'accès, en mobilisant une main-d'œuvre professionnelle réglementée de médecins, d'infirmières, de professionnels de la santé et d'employés de soutien et, au cours des décennies plus récentes, en créant les structures nécessaires à la régie des soins de longue durée et des soins communautaires. Tout au long de cette période, les quelques hôpitaux privés qui existaient avant l'avènement du régime d'assurance-maladie ont continué d'exister en tant que petites entreprises appartenant à des intérêts locaux.

Cette tendance a opéré un virage à 180 degrés quand le gouvernement du Canada a annoncé au milieu des années 1990 son intention d'infliger des coupes profondes et de restructurer les transferts fédéraux en matière de santé. Le budget de 1995 a ouvert le bal par une coupure sur plusieurs années d'environ 40 pour cent dans les transferts fédéraux aux provinces pour la santé. Les provinces ont réagi en imposant leurs propres coupures dans les budgets des hôpitaux, en rationalisant les services dans les communautés et les régions, en sortant divers services des hôpitaux. Les provinces qui militaient le plus agressivement pour la privatisation à l'époque – l'Ontario et l'Alberta – militaient aussi pour des réductions d'impôt qui favoriseraient leurs contribuables aux revenus les plus élevés, ce qui a aggravé d'autant l'impact des coupures du fédéral dans la santé et d'autres programmes sociaux.

Les années 1990 ont été le terreau dans lequel les graines de la nouvelle industrie des soins de santé privés ont été semées. Tout au long des années 1990 et dans les années qui ont suivi le tournant du siècle, ces établissements, propriétés d'intérêts privés, ont pris de l'expansion en genre et en nombre. En Alberta, la première clinique d'IRM à but lucratif a ouvert en 1993. En Ontario, un centre de traitement du cancer à but lucratif a vu le jour en 2001 et huit cliniques d'IRM/TDM l'ont suivi. Au Québec, un premier chirurgien orthopédique s'est désaffilié du régime public en 2001 afin d'ouvrir un centre de chirurgie à but lucratif. En 2004, les fondations étaient en place pour l'ouverture de la chaîne de cliniques à but lucratif Lasik MD, spécialisée dans la chirurgie des yeux.

Depuis le début des années 2000, une industrie privée à but lucratif de la chirurgie et du diagnostic a émergé à travers du Canada en réussissant une pénétration significative des provinces qui offrent les plus gros « marchés » potentiels : l'Ontario, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Québec. Plus récemment, des intérêts privés ont commencé à s'installer dans des provinces aux populations moins nombreuses, notamment au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse, au Manitoba, en Saskatchewan et à Terre-Neuve. Parallèlement, nous assistons à l'émergence des « points de service » dans les plus grands centres urbains du pays – des cliniques médicales qui font leur commercialisation en offrant un accès exclusif à des soins et qui réclament une cotisation dans les milliers de dollars par année à leurs patients.

Bien que nouvelle, cette tendance est aussi réversible. En fait, plusieurs provinces ont pris des mesures pour limiter ou renverser les expériences qui ont été tentées avec des cliniques à but lucratif. En Ontario, un contrat visant un centre de traitement du cancer à but lucratif a été annulé et la prestation du service a été rendue au système public sans

but lucratif quand le vérificateur général de la province est arrivé à la conclusion que le centre privé coûtait plus cher. Au Manitoba, la clinique Pan-Am à but lucratif a été convertie en clinique publique sans but lucratif et elle offre désormais un plus grand nombre de services à un coût moindre. En Alberta, le gouvernement a remboursé les patients qui ont dû payer pour passer une IRM dans une clinique privée; il a également augmenté la capacité des hôpitaux publics et annulé des contrats conclus avec des cliniques privées à but lucratif. Les études de cas des pages suivantes relatent ces expériences. Dans ces cas, les provinces ont accru la capacité du système public pour améliorer l'accès aux soins sur une base équitable.

# Portée de la recherche

Dans ce document, nous n'exposons pas une théorie. Nous analysons les conditions réelles de fonctionnement de la majorité des hôpitaux et cliniques de diagnostic, de chirurgie et de type « points de service » à but lucratif à travers le pays et, forts des preuves directes que nous avons récoltées, nous tirons des conclusions quant à l'impact de ces établissements sur l'intégrité du système de santé public. Nous ne proposons cependant pas une étude exhaustive de chaque établissement de santé privé. Des ressources limitées et des contraintes de temps nous ont forcés à décider d'un endroit où « jeter notre filet », ce qui fait que nous avons décidé de nous concentrer en priorité sur les secteurs qui alimentent présentement le débat politique. Nous nous sommes donc penchés sur les cliniques de chirurgie – en nous concentrant sur celles qui vendent des services médicalement nécessaires, à l'exclusion des cliniques d'avortement, qui constituent une catégorie à part, et à l'exclusion également des cliniques qui vendent exclusivement des services non médicalement nécessaires, notamment de chirurgie esthétique. De plus, nous avons étudié les cliniques de diagnostic en nous concentrant exclusivement sur les cliniques d'IRM et de TDM, au détriment des tests de laboratoire, des rayons X et des ultrasons, mais ces types de services auraient tout autant mérité que l'on s'y attarde. Enfin, nous avons étudié les cliniques médicales de type « points de service », qui sont de plus en plus présentes dans les volets chirurgie et diagnostic. L'annexe I présente les détails de la méthodologie utilisée.

Notre recherche se veut un point de départ et une mise en garde. L'étude mérite d'être approfondie, mais le plus urgent, c'est d'agir – car les graves problèmes éthiques, les problèmes de qualité, les coûts élevés et les dommages infligés aux hôpitaux publics sont désormais indéniables et ils devraient servir d'avertissements aux gouvernements de toutes les allégeances politiques afin qu'ils prennent les mesures nécessaires pour contrôler les excès de l'industrie des soins de santé à but lucratif.

# Enseignements

## **I. Aggravation des pénuries de main-d'œuvre**

Le système de santé public repose sur une utilisation efficiente et raisonnée d'un bassin limité de main-d'œuvre – plus particulièrement des médecins, infirmières et professionnels de la santé qui sont déjà en nombre insuffisant au Canada et à travers le monde. À travers le pays, les cliniques à but lucratif embauchent des spécialistes, des infirmières et des professionnels de la santé qui délaissent les hôpitaux publics sans but lucratif pour aller traiter des « clients » moins urgents, au détriment de la capacité des établissements publics sans but lucratif. Au Manitoba et en Ontario, la défection des radiologistes et des technologues des hôpitaux sans but lucratif au profit des cliniques à but lucratif a donné lieu à une réduction du nombre d'heures d'utilisation des appareils publics d'IRM. Dans des cas démontrables, les patients attendent plus longtemps pour des services publiquement assurés quand leur médecin traitant pratique à la fois dans un établissement public et dans sa propre clinique privée où il peut imposer des frais supplémentaires. En Ontario, au Québec et en Colombie-Britannique, les cliniques médicales de type « points de service » ont un très faible volume de patients par médecin et elles maximisent leurs revenus en facturant des frais supplémentaires très élevés aux patients. Cette formule de maximisation des coûts et de réduction du volume est insoutenable dans n'importe quel système de santé, mais elle est tout particulièrement dommageable dans le contexte des pénuries de main-d'œuvre que nous connaissons et elle précipitera l'accessibilité aux soins si elle s'étend ne serait-ce qu'à 10 pour cent des médecins. Globalement, les cliniques et hôpitaux à but lucratif aggravent déjà les temps d'attente et la situation risque encore de s'aggraver, sans parler de l'augmentation des coûts pour les patients.

## **II. Resquillage et violations de la *Loi canadienne sur la santé***

Les cliniques à but lucratif vendent des moyens de contourner les listes d'attente et des services en marge du système public, ce qui est contraire aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*. Dans cinq provinces, nos chercheurs ont trouvé des preuves d'infractions apparentes qui mériteraient de donner lieu à une enquête et d'être interdites. Les cliniques à but lucratif sont significativement nombreuses à combiner des services assurés et non assurés afin d'imposer des frais supplémentaires aux patients, contournant ainsi l'interdiction de surfacturation de la *Loi canadienne sur la santé*. Le fédéral et les provinces ont la capacité de veiller à l'application des régimes réglementaires existants ou d'en adopter des nouveaux pour mettre le holà à ces pratiques.

## **III. Frais modérateurs accrus**

Nous avons récolté des preuves significatives qui révèlent que les cliniques à but lucratif imposent des frais modérateur pourtant interdits par la *Loi canadienne sur la santé*. Cette pratique devrait donner lieu à une enquête et être interdite.

## **IV. Commercialisation et vente de procédures dangereuses ou non nécessaires**

La motivation du profit pervertit la relation entre les médecins et les patients; elle transforme les médecins en vendeurs de produits et de services de santé non médicalement nécessaires, non testés et/ou dangereux. Nos entrevues avec des employés de clinique sur l'achat de services non médicalement nécessaires et sur

les pratiques de commercialisation de certaines cliniques révèlent une troublante érosion des normes éthiques et professionnelles des médecins. Les modèles d'affaires utilisés par les cliniques à but lucratif pour maximiser leurs revenus sont contraires aux valeurs des Canadiens et Canadiennes et à la confiance qu'ils investissent dans leurs médecins. Lorsqu'on fait de la publicité pour un service non médicalement nécessaire afin de créer une demande, on transforme un service de santé en produit commercial, ce qui est contraire à l'éthique dans un système de santé publiquement financé. Dans ce modèle, le patient est davantage considéré comme un client et la relation patient-médecin devient une transaction à but lucratif. L'auto-recommandation et la prescription de tests qui profitent aux intérêts financiers personnels du médecin sont aussi des pratiques contraires à l'éthique très répandues dans les cliniques de chirurgie des yeux et les cliniques de type « points de service ». Aucun gouvernement provincial et aucun collège provincial de médecins et de chirurgiens n'a imposé ou appliqué un régime réglementaire adéquat pour contrôler ces pratiques.

#### **V. Prix élevés**

Les cliniques à but lucratif facturent un éventail de frais qui varient largement d'une région à l'autre du pays. Nous sommes en mesure de démontrer que les prix facturés par les cliniques d'IRM, de chirurgie et de type « points de service » sont hors de la portée financière de la majorité des citoyens et citoyennes des provinces où leurs services sont vendus. Nous pouvons démontrer, pour un nombre significatif des cliniques, que les prix pratiqués sont plus élevés que ce que coûtent les hôpitaux publics sans but lucratif. Ces coûts extraordinaires sont remarquables dans les domaines de la chirurgie de la cataracte, des examens par IRM, des points de service et des chirurgies.

#### **VI. Inégalités géographiques exacerbées**

Les cliniques à but lucratif s'installent de façon disproportionnée dans les grands centres urbains où elles disposent d'un plus grand « marché » de « consommateurs » de soins privés. Cette affirmation est particulièrement valable en ce qui concerne les cliniques de type « points de service », qui vendent des programmes de santé haut de gamme en échange de milliers de dollars par patient par année. Les communautés rurales et les provinces aux populations peu nombreuses sont les endroits les moins intéressants pour ce modèle commercial en quête de profit. Les inégalités géographiques d'accès aux soins vont encore s'aggraver si cette pratique n'est pas freinée.

#### **VII. Écrémage**

Comme l'ont aussi prouvé des études internationales, nous avons trouvé des preuves à l'effet que les cliniques et hôpitaux canadiens de chirurgie et d'IRM/TDM utilisent une pratique connue sous le nom d'« écrémage » en choisissant les patients les plus faciles qui nécessitent le moins de soins. Ces cliniques et hôpitaux ne sont pas équipés pour traiter les urgences : ils ne peuvent pas s'occuper de cas lourds ou complexes. Donc, tout en détournant une main-d'œuvre médicale déjà rare du système public, ils s'approprient également les cas légers les plus rentables, laissant les cas lourds au système public qui doit les traiter avec une main-d'œuvre amputée.

### **VIII. Fraude**

La croissance de l'industrie privée de la santé aux États-Unis a donné lieu à un problème majeur de facturation frauduleuse aux régimes publics d'assurance-santé, aux sociétés d'assurances et aux patients. S'il est vrai que les régimes réglementaires en sont à leurs premiers balbutiements en cette matière au Canada, nous avons déjà été témoins de premiers cas de fraude dans le domaine des soins de santé privés, à la clinique King's de Toronto, en Ontario, dont les exploitants cliniciens ont été reconnus coupables de la plus importante fraude de l'histoire du Canada jusqu'à ce moment-là.