



**LES CAHIERS
DE RECHERCHE**



NOVEMBRE 2015

LE MONOPOLE PUBLIC DE LA SANTÉ AU BANC DES ACCUSÉS

**LES CONTESTATIONS JUDICIAIRES VISANT À
CHANGER LES POLITIQUES DE SANTÉ AU CANADA**

Par Yanick Labrie



IEM

Des idées
pour une société
plus prospère

910, rue Peel, bureau 600
Montréal (Québec)
H3C 2H8, Canada

Téléphone: 514-273-0969
Télécopieur: 514-273-2581
Site Web: www.iedm.org

L'Institut économique de Montréal (IEM) est un organisme de recherche et d'éducation indépendant, non partisan et sans but lucratif. Par ses études et ses conférences, l'IEM alimente les débats sur les politiques publiques au Québec et partout au Canada en proposant des réformes créatrices de richesse et fondées sur des mécanismes de marché. Il n'accepte aucun financement gouvernemental.

Les opinions émises dans cette publication ne représentent pas nécessairement celles de l'IEM ou des membres de son conseil d'administration. La présente publication n'implique aucunement que l'IEM ou des membres de son conseil d'administration souhaitent l'adoption ou le rejet d'un projet de loi, quel qu'il soit.

Reproduction autorisée à des fins éducatives et non commerciales à condition de mentionner la source.

©2015 Institut économique de Montréal
ISBN 978-2-922687-60-6

Dépôt légal : 4^e trimestre 2015
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
Imprimé au Canada

Yanick Labrie

Le monopole public de la santé au banc des accusés

**Les contestations judiciaires visant à
changer les politiques de santé au Canada**

Institut économique de Montréal

•
Novembre 2015



IEDM

Des idées
pour une société
plus prospère

TABLE DES MATIÈRES

POINTS SAILLANTS5

INTRODUCTION.....7

CHAPITRE 1 - UN HISTORIQUE DU JUGEMENT CHAOULLI
ET DES AUTRES CONTESTATIONS DES LOIS DE L'ASSURANCE
SANTÉ AU CANADA9

CHAPITRE 2 - DIX ANS APRÈS L'ARRÊT CHAOULLI :
QUEL EST LE BILAN POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ
QUÉBÉCOIS?.....15

CHAPITRE 3 - LA CONTESTATION DU DR DAY EN
COLOMBIE-BRITANNIQUE : LE SYSTÈME UNIVERSEL DE SANTÉ
SERA-IL RÉELLEMENT EN PÉRIL?25

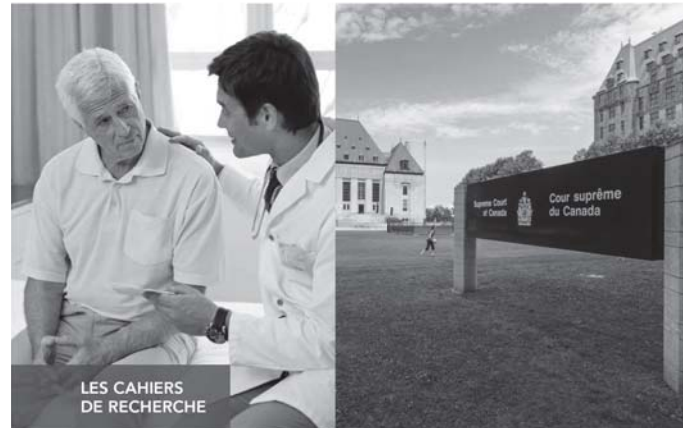
CONCLUSION33

À PROPOS DE L'AUTEUR.....37

POINTS SAILLANTS

Chapitre 1 – Un historique du jugement *Chaoulli* et des autres contestations des lois de l'assurance santé au Canada

- En juin 2005, la Cour suprême du Canada statuait, dans le cadre du jugement *Chaoulli*, que lorsque le gouvernement n'est pas en mesure d'offrir un accès aux soins requis dans des délais raisonnables, l'interdiction de souscrire une assurance maladie privée constitue une violation des droits des patients en vertu de la *Charte québécoise des droits et libertés de la personne*.
- Depuis qu'il a été rendu, ce jugement a été cité à plus de 174 reprises dans diverses causes s'étant retrouvées devant les tribunaux au Canada. Seulement deux causes ont toutefois les mêmes visées que celle du Dr Chaoulli à l'époque, soit la fin du monopole public dans le financement des soins jugés médicalement requis, l'une en Alberta et l'autre en Colombie-Britannique.
- En décembre 2011, deux patients albertains, qui avaient dû déboursier des dizaines de milliers de dollars pour obtenir une intervention chirurgicale aux États-Unis, ont entamé des contestations judiciaires devant la Cour du Banc de la Reine de l'Alberta dans le but que soit levée l'interdiction de souscrire une assurance privée duplicative pour les patients de la province.
- En juin 2016, devrait débiter devant la Cour suprême de Colombie-Britannique l'un des procès les plus attendus depuis l'affaire *Chaoulli* en ce qui concerne le monopole public en santé au Canada. La cause implique le Dr Brian Day, ancien président de l'Association médicale canadienne et copropriétaire de la clinique de chirurgie privée Cambie, le plus grand établissement du genre en Colombie-Britannique.
- Au centre de la contestation devant la Cour suprême de Colombie-Britannique se trouvent les dispositions législatives qui interdisent non seulement l'assurance maladie duplicative, mais aussi la mixité de pratique médicale et la libre détermination des honoraires des médecins.



Chapitre 2 – Dix ans après l'arrêt *Chaoulli* : quel est le bilan pour le système de santé québécois?

- Les changements législatifs ayant fait suite à l'arrêt *Chaoulli* autorisaient en principe les Québécois à souscrire une assurance privée duplicative pour un nombre limité de traitements médicaux et chirurgicaux, tels le remplacement de la hanche ou du genou, et l'extraction de la cataracte. En pratique cependant, aucun véritable marché pour ce type d'assurance ne s'est développé, le nombre de chirurgies admissibles demeurant trop peu élevé pour que de nouveaux produits d'assurance intéressants pour des individus et des employeurs apparaissent. Le maintien de l'interdiction de la pratique médicale mixte a également nui à l'émergence d'un tel marché d'assurance.
- La nouvelle loi autorisait aussi les hôpitaux publics à conclure des ententes de partenariat avec des cliniques de chirurgie privées pour le transfert d'un certain volume de chirurgies et de traitements. Trois ententes de ce type conclues au cours des dernières années ont permis d'améliorer significativement l'accès dans les hôpitaux publics concernés.
- Le nombre de centres médicaux spécialisés (CMS) demeure relativement faible dans le paysage hospitalier québécois. En mars 2015, on recensait 44 CMS au Québec, dont la plupart se spécialisent dans les chirurgies plastiques et esthétiques. Il s'agit d'une baisse importante par rapport à mars 2012, quand on en dénombrait 61.

- Les temps d'attente pour les chirurgies électives ne se sont pas améliorés depuis 2007-2008. Ils ont quelque peu diminué pour l'extraction de cataractes (-16 %), mais ont augmenté pour les opérations de la hanche (+22 %) et celles du genou (+10 %).
- De toutes les provinces, c'est au Québec que l'on observe le plus faible taux d'arthroplasties de la hanche et du genou en proportion de la population adulte. Ces taux sont pratiquement inférieurs de moitié à ceux de la Saskatchewan, qui a réduit de façon importante ses temps d'attente depuis 2010 en recourant davantage aux centres chirurgicaux privés.
- La capacité actuelle de traiter des patients dans le réseau public est rationnée par le gouvernement et ne découle pas d'un manque de personnel soignant. Depuis 2005, le nombre de médecins spécialistes a même augmenté à un rythme près de trois fois plus rapide que celui de la population québécoise, une croissance sans précédent.
- Plusieurs médecins ne peuvent pas obtenir le temps d'opération désiré et se retrouvent bien malgré eux dans l'incapacité de diminuer leurs listes d'attente. Les blocs opératoires demeurent nettement sous-utilisés dans presque toutes les régions administratives du Québec.
- Si les plaignants devaient obtenir gain de cause, le système canadien se rapprocherait non pas du modèle américain, mais plutôt des systèmes universels mixtes les plus performants au monde, notamment en Europe.
- Les expériences internationales des dix dernières années confirment que le recours accru au secteur privé, tant au chapitre du financement que de la fourniture des soins, permettent de nettes améliorations en ce qui a trait aux temps d'attente, sans pour autant compromettre le principe d'universalité.
- La littérature en économie de la santé nous montre que l'inégalité dans l'accès aux soins existe à des degrés divers dans l'ensemble des pays. Rien n'indique toutefois que la présence d'un marché d'assurance privée duplicative conduise à une plus grande iniquité en matière d'accès aux services médicaux.
- Au Canada, un grand nombre de recherches empiriques montrent que l'accès aux soins varie avec le statut socioéconomique, en dépit de l'interdiction de l'assurance maladie privée duplicative et des autres restrictions.

Chapitre 3 : La contestation du Dr Day en Colombie-Britannique : le système universel de santé serait-il réellement en péril?

- Le contexte de l'accès difficile aux soins de santé, qui ne cesse de se détériorer en Colombie-Britannique, a poussé un groupe de cliniques et de patients à contester devant les tribunaux la légitimité du monopole public dans la fourniture et le financement des soins de santé.
- Les quatre sections de la *Loi de protection de l'assurance maladie* que contestent les plaignants concernent l'interdiction de souscrire une assurance privée duplicative, l'interdiction de la pratique médicale mixte et l'interdiction aux médecins de s'entendre mutuellement avec leurs patients à l'égard de certains tarifs. Le système de santé canadien est une anomalie par rapport à ceux des autres pays industrialisés en ce qui concerne ces restrictions.

INTRODUCTION

Les patients canadiens disposent toujours de très peu d'options en matière de services de santé. La fourniture des soins jugés médicalement requis demeure encore largement monopolisée par le secteur public dans chacune des provinces. Le rôle de l'assurance maladie privée est pour sa part limité à la seule couverture des services non assurés par le régime public.

Aucun autre pays développé n'impose autant de restrictions à ses citoyens dans le domaine de la santé. En observant les expériences étrangères, on se rend compte que ces contraintes ne donnent pas lieu à de meilleurs résultats au chapitre de l'accès et de la qualité de services offerts, bien au contraire. Le Canada est toujours à la remorque de la plupart des pays dans les classements internationaux en ce qui a trait aux délais d'attente pour obtenir les soins médicaux requis¹.

À en croire certains analystes, les Canadiens pourraient au moins se consoler en se disant qu'ils n'ont pas de système de santé « à deux vitesses ». Mais l'accès égal aux soins dans le système monopolistique actuel relève du mythe. Un grand nombre de recherches empiriques montrent que l'accès aux soins varie avec le statut socioéconomique au Canada, malgré les nombreuses restrictions.

Ceci n'est guère surprenant. En présence de rationnement de l'accès et de listes d'attente, il est à prévoir que certains useront de relations et d'autres stratagèmes afin d'avoir accès aux services requis avant les autres. De plus en plus de médecins le reconnaissent. Dans un sondage mené au printemps 2015 auprès de médecins canadiens, 63 % des répondants ont admis que les plus riches ont plus facilement accès à de meilleurs soins de santé au pays².

Des organismes publics d'assurance qui sont exemptées de la *Loi canadienne sur la santé*, comme ceux couvrant les accidentés du travail ou de la route, ont pour leur part la possibilité de recourir aux services de cliniques de santé privées pour leurs assurés dans toutes les provinces. Pour éviter que les prestations déboursées n'atteignent des sommes importantes pendant que les accidentés attendent une opération, ces organismes considèrent primordial qu'ils soient traités et retournent au travail le plus rapidement possible. Au Québec, par

exemple, plus des trois quarts des dépenses de soins médicaux et de réadaptation de la CSST se font dans des cliniques privées.

Mais si le secteur privé est bénéfique pour ces organismes publics, pourquoi en serait-il autrement pour les citoyens ordinaires? Les Canadiens devraient-ils être autorisés à se procurer par leur propre moyen une assurance privée couvrant les dépenses de soins médicalement requis, au lieu d'être contraints de se contenter uniquement de l'assurance maladie publique offerte par leur gouvernement et de croupir sur des listes d'attente?

Il y a une décennie, la Cour suprême du Canada s'est penchée sur ces questions. En juin 2005, dans un jugement désormais célèbre, le plus haut tribunal au pays déclarait que l'interdiction de souscrire une assurance privée pour des services médicaux assurés par le régime public brime le droit à la vie et à la sécurité des patients et va à l'encontre de la *Charte québécoise des droits et libertés de la personne*.

« Le Canada est toujours à la remorque de la plupart des pays dans les classements internationaux en ce qui a trait aux délais d'attente pour obtenir les soins médicaux requis. »

Les tribunaux canadiens auront dans les prochains mois à se pencher à nouveau sur les mêmes questions qui ont été au centre du litige ayant mené au jugement *Chaoulli*. Dans l'une de ces causes, qui sera entendue en Colombie-Britannique, le groupe de plaignants, mené par le Dr Brian Day, souhaite non seulement qu'il soit légal pour les patients de se procurer des assurances privées couvrant les soins médicalement requis, mais aussi que soient levées les interdictions à l'égard de la mixité de pratique médicale et de la libre détermination des honoraires des médecins.

Le présent *Cahier de recherche* se penche sur les contestations judiciaires visant à changer les politiques en matière de soins de santé au Canada. Le premier chapitre fait un survol de l'historique entourant le jugement *Chaoulli* rendu il y a dix ans et des autres contestations du monopole public en santé. Le chapitre suivant dresse le bilan de la situation de l'accès aux soins au Québec depuis les réformes entreprises dans la

1. Voir notamment Institut canadien d'information sur la santé, *Résultats du Canada : Enquête internationale de 2014 auprès des adultes âgés sur les politiques de santé du Fonds du Commonwealth*, janvier 2015.

2. Tristan Bronca, « Why physicians are fed up with Medicare », *Medical Post*, 29 septembre 2015, p. 20-21.

foulée de l'arrêt *Chaoulli*. Enfin, le *Cahier* conclut en mettant quatre idées généralement entendues dans le débat sur la participation du secteur privé en santé à l'épreuve des faits.

CHAPITRE 1

Un historique du jugement *Chaoulli* et des autres contestations des lois de l'assurance santé au Canada

En juin 2005, la Cour suprême du Canada statuait, dans le cadre du jugement *Chaoulli*, que lorsque le gouvernement n'est pas en mesure d'offrir un accès aux soins requis dans des délais raisonnables, l'interdiction de souscrire une assurance maladie privée constitue une violation des droits des patients en vertu de la *Charte québécoise des droits et liberté de la personne*.

La saga judiciaire qui a précédé ce célèbre jugement s'est déroulée sur près d'une décennie et a débuté au milieu des années 1990. À cette époque, la confiance du public à l'égard de la capacité des gouvernements d'assurer un accès à des soins de santé de qualité en temps opportun s'effritait progressivement³. Les délais d'attente qui s'allongeaient pour les chirurgies et les traitements électifs, dans un contexte de financement gouvernemental erratique, amenaient de plus en plus de Canadiens à chercher des solutions de rechange pour l'obtention des soins requis, notamment à l'extérieur du pays⁴.

L'accessibilité de plus en plus réduite, et les complications qui peuvent en découler, sont parfaitement illustrées par l'historique médical de George Zeliotis, premier requérant dans l'affaire *Chaoulli*. La première expérience décevante du patient avec le système de santé québécois s'est déroulée en 1992, lorsqu'il a dû attendre une année complète avant de subir un triple pontage coronarien. En convalescence à l'hôpital, il a attrapé une infection à la gorge qui lui a fait perdre le sens du goût et du toucher pour une période d'un an. En 1995, l'homme de 61 ans, vendeur à la retraite, subit une première opération à la hanche gauche pour mettre fin à des douleurs qui avaient commencé deux ans auparavant. Suite à l'opération, il s'est cependant retrouvé avec la jambe gauche un demi centimètre plus courte que la droite. Résultat : des douleurs au dos si intenses qu'elles provoquent chez lui des pensées suicidaires⁵.

C'est en attendant plus d'un an pour une opération à la hanche droite que M. Zeliotis constate qu'il lui est impossible d'utiliser ses propres ressources pour obtenir la procédure plus rapidement dans le secteur privé, soit en souscrivant une assurance privée ou en rémunérant directement un médecin.

Le second requérant dans cette affaire, le Dr Jacques Chaoulli, un médecin ayant suivi sa formation en France, est venu exercer sa pratique médicale au Québec en 1986. À l'époque, les médecins québécois en début de carrière devaient pratiquer en région pour une période de trois ans. Il revient à Montréal dès 1988, mais en raison du non-respect du délai, il ne peut obtenir le plein tarif de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour une période d'un an. En réaction à cette interdiction, il tente d'établir une pratique sur la Rive-Sud de Montréal où il offre des services médicaux au domicile des patients, tout en continuant de participer au régime public. La Régie régionale de la Rive-Sud ne reconnaît cependant pas cette pratique et le Dr Chaoulli se voit imposer en conséquence une amende de 12 000 \$ en 1996. Il s'engage alors dans une longue bataille visant à convaincre les autorités administratives provinciales de lui fournir une accréditation pour sa pratique, allant même jusqu'à effectuer une grève de la faim de trois semaines pour l'obtenir.

« Lorsque le gouvernement n'est pas en mesure d'offrir un accès aux soins requis dans des délais raisonnables, l'interdiction de souscrire une assurance maladie privée constitue une violation des droits des patients . »

Devant l'insuccès de ses protestations, il décide de se désaffilier du régime public et d'offrir des services privés à domicile, notamment à l'aide d'un véhicule d'urgence avec sirène et gyrophares. Étant désengagé du système public, deux articles de loi se dressent cependant sur son chemin pour permettre de rentabiliser sa pratique : les patients ne peuvent se faire rembourser par la RAMQ les sommes versées pour des soins offerts par les médecins non participants et ces derniers ne peuvent pas non plus offrir des services médicaux dans des hôpitaux financés par l'État. Le Dr Chaoulli choisit alors de

3. Gregory P. Marchildon, *Health Systems in Transition: Canada*, European Observatory on Health Systems and Policies, Organisation mondiale de la santé, 2005, p. 124.

4. Isabelle Paré, « Une médecine pour les riches », *Le Devoir*, 15 novembre 1997.

5. Aaron Derfel, « The Cost of Health Cuts, Part 2: He Made Surgery Wait Times a National Priority », *The Gazette*, 22 octobre 2014.

retourner dans le réseau public, où il pratique en tant que médecin généraliste dans une clinique sans rendez-vous⁶.

À la suite de leurs nombreuses mésaventures avec le système de santé québécois, MM. Chaoulli et Zeliotis joignent leurs efforts à l'automne 1997 pour contester la légalité constitutionnelle de l'article 15 de la *Loi sur l'assurance maladie* et de l'article 11 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*. L'argument des deux requérants est que l'accès limité aux services médicaux privés, causé directement par ces articles de loi, violerait le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne, tel que garanti par la *Charte canadienne des droits et libertés*. Dans la mesure où le monopole public dans le financement des soins médicalement requis contribuerait à allonger indûment les délais d'attente pour les patients, il s'ensuivrait des risques accrus qu'une maladie ou une blessure devienne fatale, portant ainsi atteinte au droit à la vie. Dans le même ordre d'idées, la souffrance psychologique découlant d'un délai d'attente prolongé pour l'obtention d'un traitement, combinée au risque accru que la maladie ou la blessure devienne permanente, mettraient en péril le droit à la sécurité de la personne.

De la Cour supérieure du Québec à la Cour suprême du Canada

C'est avec cet argumentaire que les requérants se présentent d'abord devant la Cour supérieure du Québec en décembre 1997. Il sera toutefois rejeté quelques années plus tard, la Cour jugeant qu'il est constitutionnel, en vertu de la *Charte canadienne des droits et libertés*, de limiter le recours au financement privé des soins médicalement requis.

Bien que la prohibition de l'assurance maladie privée – et ses effets pervers sur les temps d'attente – représente une atteinte potentielle aux droits garantis par la *Charte*, elle demeure conforme, dans l'esprit de la juge Ginette Piché, aux principes de justice fondamentale⁷. De l'avis de la juge, cette prohibition permettrait de « garantir que la quasi-totalité des ressources en santé existant au Québec soient à la disposition de l'ensemble de la population québécoise ».

MM. Chaoulli et Zeliotis portent ensuite leur cause en appel en novembre 2001. On fait désormais valoir que les restrictions en ce qui a trait à l'assurance et à la fourniture de soins de santé privés pourraient être réduites en suivant l'exemple de certains pays européens dont les systèmes de santé universels offrent un meilleur accès⁸.

Qu'à cela ne tienne, les trois juges de la Cour d'appel du Québec – Jacques Delisle, André Forget et André Brossard – se prononcent encore une fois contre les requérants. En avril 2002, les trois juges rejettent unanimement l'appel de MM. Chaoulli et Zeliotis et maintiennent la décision de la juge Piché, bien que pour des motifs différents.

« À la suite de leurs nombreuses mésaventures avec le système de santé québécois, MM. Chaoulli et Zeliotis joignent leurs efforts à l'automne 1997. »

Pour le juge Delisle, le droit de conclure un contrat d'assurance privé est un droit économique qui n'est pas fondamental à la vie de la personne; il n'y a donc aucune violation de l'article 7 de la *Charte canadienne*, puisqu'elle ne couvre pas ce type de droit. Quant au juge Forget, bien qu'il considère que le droit revendiqué par les requérants ne puisse être que purement économique, il en arrive néanmoins à la même conclusion que la juge Piché de la Cour supérieure du Québec, à savoir que l'interdiction de souscrire une assurance privée duplicative ne contrevient pas au principe de justice fondamentale et n'est donc pas contraire aux droits garantis par la *Charte*. Pour ce qui est du juge Brossard, il estime qu'il n'est pas nécessaire de considérer la nature économique du droit ni le principe de justice fondamentale puisque la démonstration que l'interdiction de conclure un contrat d'assurance maladie privée mettrait en péril le droit fondamental à la vie et à la sécurité n'a pas été faite selon lui⁹.

Les plaignants choisissent d'en appeler du jugement et la Cour suprême du Canada accepte en mai 2003 d'entendre l'appel. Lorsque les plaidoiries devant les sept juges débutent l'année suivante, l'ampleur de la contestation a alors pris des proportions importantes. Plusieurs intervenants souhaitent faire entendre leur voix dans le cadre de cette saga de plus en plus médiatisée. Parmi

6. Marie-Claude Prémont, « L'affaire Chaoulli et le système de santé du Québec : cherchez l'erreur, cherchez la raison », *Revue de droit de McGill*, vol. 51, 2006, p. 167-178.

7. Voir Christopher Manfredi et Antonia Maioni, « L'arrêt Chaoulli et la judiciarisation des politiques de santé », dans François Béland et al. (dir.), *Le privé en santé : Les discours et les faits*, Les Presses de l'Université de Montréal, 2008, p. 264-280.

8. *Idem*, p. 268.

9. Cour d'appel du Québec, *Chaoulli c. Québec (Procureur général)*, 2002.

ces intervenants se trouvent autant de groupes qui dénoncent l'hégémonie du monopole étatique dans le système de santé que d'organisations se portant à la défense du statu quo et du rejet d'une médecine privée au Canada¹⁰.

La Cour suprême rend finalement son verdict le 9 juin 2005. Dans une décision partagée, quatre des sept juges tranchent en faveur des requérants Chaoulli et Zeliotis, renversant ainsi les jugements émis antérieurement par les tribunaux de première et de seconde instances. Le plus haut tribunal au pays statue donc que l'interdiction de souscrire une assurance maladie privée brime le droit à la vie et à la sécurité des patients et va à l'encontre de la *Charte québécoise des droits et liberté de la personne*.

Cette décision de la Cour a ainsi invalidé deux dispositions de la législation québécoise en matière de santé, soit l'article 11 de la *Loi sur l'assurance hospitalisation* et l'article 15 de la *Loi sur l'assurance maladie*.

L'élément central du procès a été la longueur des listes d'attentes et ses conséquences, puisque cela symbolisait la défaillance du monopole public de santé et permettait de questionner la moralité de la prohibition de la médecine privée, dans la mesure où les patients qui voient leur état de santé et leur qualité de vie se détériorer dans le présent système n'ont aucune alternative disponible¹¹.

De l'avis de la juge en chef Beverley McLachlin et du juge John C. Major, « [l']État a, en réalité, limité l'accès aux soins de santé privés sauf en ce qui concerne les gens très riches qui peuvent se les offrir sans avoir besoin d'une assurance. Selon la preuve, ce quasi-monopole donne lieu à des délais d'attente pour un traitement qui compromettent la sécurité de la personne des citoyens. La règle de droit qui compromet la vie, la liberté ou la sécurité de la personne doit respecter les principes de justice fondamentale¹². »

Ils poursuivent leur jugement en affirmant que « [l]a preuve présentée au procès établit que maintes démocraties occidentales qui n'imposent pas un monopole en matière de prestation de soins de santé réussissent à fournir à leurs citoyens des services médicaux meilleurs et à prix plus abordable que ceux actuellement offerts

au Canada. Cela démontre qu'un monopole n'est pas nécessaire ni même lié à la prestation de soins de santé publics de qualité¹³. »

Quant à la juge Marie Deschamps, qui a tranché le litige, elle s'est appuyée sur la comparaison du système de santé québécois avec ceux de pays comparables de l'OCDE, pour montrer que la possibilité pour les patients de souscrire des assurances privées ne met pas en péril la pérennité du système public de santé. Son argumentaire se basait également sur les observations en provenance de trois provinces canadiennes – Nouvelle-Écosse, Saskatchewan et Terre-Neuve-et-Labrador – qui permettaient déjà, à l'époque, l'utilisation d'assurances privées pour des soins assurés par le secteur public, sans pour autant contrevenir aux principes édictés par la *Loi canadienne sur la santé*.

« L'élément central du procès a été la longueur des listes d'attentes, puisque cela symbolisait la défaillance du monopole public de santé et permettait de questionner la moralité de la prohibition de la médecine privée. »

Pour la juge Deschamps, « [l]a prohibition des assurances privées crée un obstacle pratiquement insurmontable pour les personnes à revenu moyen. Seules les personnes très fortunées peuvent raisonnablement se permettre d'avoir recours à des services entièrement privés. L'établissement au Québec d'un établissement non conventionné, en supposant qu'un permis soit délivré, relève du cas d'exception¹⁴. » Selon elle, la prohibition de l'assurance maladie privée pour des soins couverts par le régime public ne peut être justifiée en regard de la *Charte québécoise*¹⁵.

Les réactions au jugement *Chaoulli*

Le jugement a initialement fait couler beaucoup d'encre et les réactions ont été très polarisées. D'un côté, il a été diabolisé par tous ceux qui percevaient la participation du secteur privé dans le domaine de la santé comme une menace au principe de l'universalité d'accès

10. Christopher Manfredi et Antonia Maioni, *op. cit.*, note 7, p. 270-271.

11. Cour suprême du Canada, *Chaoulli c. Québec (Procureur général)*, 2005.

12. *Ibid.*, parag. 106, p. 844.

13. *Ibid.*, parag. 140, p. 854.

14. *Ibid.*, parag. 55, p. 825.

15. Les juges dissidents – Louis LeBel, Ian Finnie et Morris Fish – font pour leur part valoir qu'il n'est pas du ressort d'une cour de justice de trancher le litige soulevé par l'affaire *Chaoulli*, qui relèverait plutôt du domaine politique.

aux soins¹⁶. Pour ces critiques, le fait d'accorder aux médecins non participants au régime public la possibilité d'être rémunérés par une assurance privée représentait le début d'un système de santé à « deux vitesses », où les mieux nantis auraient la possibilité de se faire traiter plus rapidement dans le secteur privé et où les moins fortunés seraient toujours contraints de subir les longs délais d'attente dans le secteur public¹⁷.

D'un autre côté, le jugement a été très bien accueilli par les experts étant d'avis qu'un plus grand rôle octroyé au secteur privé contribuerait à réduire les temps d'attente et à améliorer l'accès aux soins. Ce fut notamment le cas de l'ex-ministre de la Santé Claude Castonguay, perçu comme le père fondateur du régime d'assurance maladie public québécois, et de Michel Clair, ancien ministre péquiste et président de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux mise sur pied au début des années 2000¹⁸.

« En privant les centres chirurgicaux d'une bonne partie de leur main-d'œuvre et de leur clientèle potentielle, les dispositions législatives de l'assurance maladie en Colombie-Britannique empêchent l'émergence d'une véritable alternative privée pour les patients. »

La communauté médicale au Québec s'est elle aussi majoritairement montrée en faveur du jugement. Un sondage mené dans les semaines suivant l'arrêt *Chaoulli* a en effet indiqué que sept médecins et futurs médecins sur 10 étaient d'avis qu'une telle décision allait réduire les temps d'attente et améliorer les services cliniques, sans pour autant nuire à l'universalité d'accès dans le système public de santé¹⁹.

Pour d'autres, dont le Doyen de la Osgoode Hall Law School de l'Université York à Toronto, Patrick J. Monahan, le jugement ajoutait même une importante pièce man-

quante aux principes incorporés dans la *Loi canadienne sur la santé*, soit celui de la reddition de comptes à l'égard des patients :

Loin d'annoncer la destruction du système public de santé du Canada, je crois que *Chaoulli* peut fournir la clé de sa réforme et de sa viabilité à long terme. Au fond, ce que *Chaoulli* fait est d'introduire un « sixième principe » au-delà des cinq déjà enchâssés dans la *Loi canadienne sur la santé* – celui de la responsabilité à l'égard du patient. La responsabilisation à l'égard des patients signifie que les responsables du financement du système de santé et de la fourniture de soins sont ultimement redevables aux patients quant au respect de délais d'attente raisonnables lors de la fourniture de services, et que cette responsabilité est garantie par le système de justice. Concrètement, la Cour a affirmé l'existence de normes de service minimales, garanties par la loi, qui doivent être respectées par ceux qui contrôlent la fourniture des soins de santé au Canada. Cela parce que, comme la juge en chef McLachlin et le juge Major l'ont mentionné en langage très simple : « l'accès à une liste d'attente ne correspond pas à l'accès aux soins de santé »²⁰.

Le jugement Chaoulli inspire d'autres cas

Il ne fait aucun doute que le jugement *Chaoulli* a été l'un des plus marquants de l'histoire judiciaire canadienne. Depuis qu'il a été rendu en juin 2005, il a été cité à plus de 174 reprises dans diverses causes s'étant retrouvées devant les tribunaux au Canada. Parmi celles-ci, on peut en répertorier une quinzaine portant de près ou de loin sur les questions du financement et de la fourniture des soins de santé²¹. Seulement deux causes ont toutefois les mêmes visées que celle du Dr Chaoulli à l'époque, soit la fin du monopole public dans le financement des soins jugés médicalement requis, l'une en Alberta et l'autre en Colombie-Britannique.

En décembre 2011, deux patients albertains, qui avaient dû déboursier des dizaines de milliers de dollars pour obtenir une intervention chirurgicale aux États-Unis, ont entamé des contestations judiciaires devant la Cour du

16. Marie-Claude Prémont, « Régime public universel de santé au Québec : L'urgence d'agir à la suite du jugement de la Cour Suprême », *Le Devoir*, 16 juin 2005.

17. Colleen M. Flood, Kent Roach et Lorne Sossin, *Access to Care, Access to Justice: The Legal Debate over Private Health Insurance in Canada*, University of Toronto Press, 2005; Marie-Claude Prémont, « Clearing the Path for Private Health Markets in Post-Chaoulli Quebec », *Health Law Journal*, vol. 16, 2008, p. 251.

18. Denis Lessard, « Le père de l'assurance maladie approuve », *La Presse*, 10 juin 2005; Michel Clair, « Il faut se ressaisir : Le jugement de la Cour suprême doit donner une nouvelle impulsion à notre système de santé », *La Presse*, 11 juin 2005.

19. Matthew Sylvain, « Quebec Medical Community Open to Change Following Chaoulli Case », *Medical Post*, 9 août 2005, p. 9.

20. Patrick J. Monahan, *Chaoulli v Quebec and the Future of Canadian Healthcare : Patient Accountability as the "Sixth Principle" of the Canada Health Act*, C.D. Howe Institute Benefactors Lecture, 29 novembre 2006, p. 5.

21. Daniel Cohn, *Chaoulli Ten Years On: Still about Nothing?*, Document présenté dans le cadre de la conférence annuelle de l'Association canadienne de science politique, Ottawa, juin 2015, p. 3.

Banc de la Reine de l'Alberta dans le but que soit levée l'interdiction de souscrire une assurance privée duplicative pour les patients de la province²².

Darcy Allen, un dentiste de Okotoks, a dû abandonner sa pratique en 2009 en raison de maux de dos chroniques et de douleurs insupportables issus d'un accident de hockey survenu deux ans auparavant. Au lieu d'attendre plus de deux ans dans le réseau public albertain – son rendez-vous ayant été fixé au mois de septembre 2011 –, il a dû se résigner à payer à même ses économies une somme de 77 000 \$ pour obtenir la chirurgie requise au Montana²³.

«Plusieurs analystes sont d'avis que la Cour suprême du Canada sera une fois de plus appelée à trancher sur la constitutionnalité de certains articles de loi empêchant le recours à la médecine privée au Canada.»

L'autre plaignant initialement dans cette cause, Richard Cross, un homme d'affaire de Calgary, a dû quant à lui endurer pendant quatre années des douleurs intenses au dos, avant de prendre finalement la décision de déboursier 24 000 \$ pour aller se faire opérer en Arizona en mai 2010²⁴.

Les plaignants ont été déboutés en Cour du Banc de la Reine en avril 2014. Puis, en septembre 2015, la Cour d'appel de l'Alberta a rejeté l'argumentaire des avocats de Darcy Allen, citant un manque d'évidence pour démontrer que le monopole public dans le financement des soins médicamenteux requis portait atteinte à ses droits.

La décision du juge Slatter a été sévèrement critiquée par les juristes ayant suivi de près le procès comme reflétant davantage ses opinions personnelles que des précédents juridiques²⁵. Ainsi, à l'instar du cas *Chaoulli*,

la contestation risque fort maintenant de se retrouver devant la Cour suprême du Canada dans un proche avenir.

L'autre cause implique le Dr Brian Day, ancien président de l'Association médicale canadienne et copropriétaire de la clinique de chirurgie privée Cambie, le plus grand établissement du genre en Colombie-Britannique. Dans la mesure où le système public ne parvient pas à donner accès aux soins dans un délai raisonnable, comme en témoignent les longues listes d'attente, le Dr Day soutient qu'il devrait être permis aux patients d'utiliser leurs propres ressources pour se faire traiter dans le secteur privé, comme c'est le cas dans tous les autres pays²⁶.

Au centre de la contestation qu'il a portée devant la Cour suprême de Colombie-Britannique en compagnie d'un groupe de cliniques privées en janvier 2009 se trouvent les dispositions législatives qui interdisent non seulement l'assurance maladie duplicative, mais aussi la mixité de pratique médicale et la libre détermination des honoraires des médecins²⁷.

En effet, le *Medicare Protection Act* de la Colombie-Britannique interdit aux patients de payer au moyen d'une assurance privée pour des soins déjà couverts par le régime public, c'est-à-dire les soins jugés médicalement requis. Il n'est pas non plus permis aux médecins de pratiquer simultanément dans le secteur public et le secteur privé, et donc de recevoir des compensations de ces deux différentes sources en même temps. Pour les médecins participants au régime public, il n'est pas possible d'exiger des tarifs qui soient supérieurs à ceux fixés par le gouvernement. Les médecins qui choisissent pour leur part de se désengager du réseau public doivent facturer directement leurs patients et ne peuvent recevoir de financement provenant du régime public.

Une clinique de chirurgie privée voulant offrir des services de chirurgies se trouvent donc *de facto* dans une impasse. D'abord, comme très peu de gens ont les moyens financiers de s'offrir ce type d'interventions en payant directement de leur poche, la clinique ne peut miser que sur une clientèle restreinte. Un grand nombre de ces cliniques ne sont d'ailleurs rentables que dans la mesure où elles traitent des patients provenant du Workers' Compensation Board (l'équivalent de la Commission de la santé et de la sécurité au travail au

22. John V. Carpay on behalf of Richard Cross, *Originating Application*, Court of Queen's Bench of Alberta, 20 décembre 2011; John V. Carpay on behalf of Darcy Allen, *Originating Application*, Court of Queen's Bench of Alberta, 16 décembre 2011.

23. The Canadian Press, « Appeal court tosses out constitutionality challenge over health care », *Winnipeg Free Press*, 9 septembre 2015.

24. Bill Graveland, « Alberta Ban on Private Health Insurance Challenged in Calgary Court », *McLean's*, 17 octobre 2013. À noter que Richard Cross a décidé de retirer sa contestation suite à une audience préliminaire devant le juge. Voir John V. Carpay and I. Christine Enns on behalf of Darcy Allen, *Factum – Appeal from the Judgement of the Honourable Mr. Justice P. R. Jeffrey*, Court of Appeal of Alberta, 31 mars 2014, p. 24.

25. Voir notamment Jennifer Koshan, « Is there a right to private health care in Alberta? A "constitutional vivisection" », University of Calgary, Faculty of Law blog, 23 septembre 2015.

26. Steve Bosch, « Dr. Brian Day, co-owner of the Cambie clinic, said Canada is the only country in the world where patients are prevented from using their own money to 'look after their own bodies with their own resources' », *Edmonton Journal*, 13 janvier 2015.

27. Lauren Vogel, « Medicare on Trial », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 186, no 12, septembre 2014.

Québec), qui procure une assurance aux accidentés du travail²⁸. Ensuite, le risque financier auquel s'expose le médecin qui se désengage complètement du réseau public est si élevé que très peu d'entre eux choisissent cette voie.

On comprend alors qu'en privant les centres chirurgicaux d'une bonne partie de leur main-d'œuvre et de leur clientèle potentielle, les dispositions législatives de l'assurance maladie en Colombie-Britannique empêchent, à l'instar de celles du Québec, l'émergence d'une véritable alternative privée pour les patients.

Les avocats des plaignants dans cette affaire feront valoir que ces restrictions, uniques dans le monde développé, vont à l'encontre des droits et liberté de la personne tel que garantis par la *Charte canadienne*.

Six patients se sont joints à la cause à partir de 2012. En novembre 2015, il n'en restait cependant plus que quatre – Chris Chiavatti, Krystiana Corrado, Mandy Martens et Walid Khalfallah –, les autres étant décédés en attente du procès. L'un d'eux, Walid Khalfallah, un adolescent atteint d'une forme particulièrement sévère de scoliose, est désormais paraplégique, faute d'avoir obtenu la chirurgie requise en temps opportun. Après deux ans et demi d'attente dans le réseau public de santé au Canada, il a dû se résigner à subir son intervention dans l'État de Washington aux États-Unis²⁹.

En juin 2016, devrait ainsi débiter devant la Cour suprême de Colombie-Britannique l'un des procès les plus attendus depuis l'affaire *Chaoulli* en ce qui concerne le monopole public en santé. Indépendamment de l'issue de ce procès, plusieurs analystes sont d'avis que la Cour suprême du Canada sera une fois de plus appelée à trancher sur la constitutionnalité de certains articles de loi empêchant le recours à la médecine privée au Canada.

28. Les accidentés du travail, de même que d'autres populations de patients (les employés de la Gendarmerie royale du Canada, les soldats des forces armées canadiennes, les individus en centres de détention fédéraux, les membres des Premières Nations) ne sont pas assujettis à la *Loi canadienne sur la santé*. Cela explique pourquoi le Workers' Compensation Board peut envoyer ses assurés se faire traiter dans des cliniques privées sans contrevenir à la loi. Voir Jeremiah Hurley et al. « Parallel Payers and Preferred Access: How Canada's Workers' Compensation Boards Expedite Care for Injured and Ill Workers », *Healthcare Papers*, vol. 8, no 3, 2008, p. 11.

29. Don Plant, « Paralyzed teen face of fight for private health care », *Kelowna Daily Courier*, 26 février 2015.

CHAPITRE 2

Dix ans après l'arrêt *Chaoulli* : quel est le bilan pour le système de santé québécois?

Comment la situation de l'attente dans le système public de santé a-t-elle évolué au Québec depuis l'arrêt *Chaoulli*? Les réformes adoptées dans la foulée du jugement ont-elles permis d'améliorer l'accès aux soins de santé pour les patients ces dix dernières années?

Des réformes bien timides

La décision de la Cour laissait entrevoir plusieurs changements majeurs dans les politiques publiques en matière de soins de santé au Québec. La réponse du gouvernement a cependant été bien timide. Après un sursis accordé par la Cour, le gouvernement a finalement adopté un projet de loi en décembre 2006 afin de se conformer au jugement³⁰. Trois réformes en ont découlé.

1) L'assurance privée duplicative

Le changement législatif autorisait en principe les Québécois à souscrire une assurance privée duplicative pour un nombre limité de traitements médicaux et chirurgicaux, tels le remplacement de la hanche ou du genou, et l'extraction de la cataracte.

En pratique cependant, aucun véritable marché pour ce type d'assurance ne s'est développé, le nombre de chirurgies admissibles demeurant trop peu élevé pour que de nouveaux produits d'assurance intéressants pour des individus et des employeurs apparaissent. Le maintien de l'interdiction de la pratique médicale mixte a également nui à l'émergence d'un tel marché d'assurance. Il est à prévoir que tant et aussi longtemps que les médecins devront se désaffilier complètement du réseau public pour pouvoir offrir des services dans le secteur privé, il y aura peu de services privés à assurer.

2) Les centres médicaux spécialisés

Les nouvelles dispositions législatives visaient à encadrer de façon plus serrée les cliniques de chirurgies privées – nouvellement appelées les centres médicaux spécialisés (CMS).

Les CMS sont des établissements à but lucratif indépendants des centres hospitaliers, au sein desquels la loi permettait initialement de dispenser des chirurgies de la hanche, du genou ou de la cataracte. Depuis, près d'une cinquantaine de traitements médicaux spécialisés se sont rajoutés à la liste, la vaste majorité étant des chirurgies esthétiques et oculaires³¹.

Les médecins exploitant un CMS doivent être soit exclusivement participant au régime de l'assurance maladie du Québec, soit exclusivement non participants³². Les premiers se font donc rembourser par le gouvernement, tandis que les services offerts par les seconds doivent être rémunérés directement de la poche des patients.

« Tant et aussi longtemps que les médecins devront se désaffilier complètement du réseau public pour pouvoir offrir des services dans le secteur privé, il y aura peu de services privés à assurer. »

La loi autorisait aussi les hôpitaux publics à conclure des ententes de partenariat avec des cliniques pour le transfert d'un certain volume de chirurgies et de traitements (qui demeureraient couverts par le régime public).

Le nombre de ces centres demeure relativement faible dans le paysage hospitalier québécois. En mars 2015, on recensait 44 CMS au Québec, essentiellement de petite taille, dont la plupart se spécialisent dans les chirurgies plastiques et esthétiques³³. Il s'agit d'une baisse importante par rapport à mars 2012, quand on en dénombrait 61³⁴.

Seulement une minorité de CMS dispensent des services de santé médicalement requis, et presque uniquement dans le cadre d'ententes de partenariat signées avec des centres hospitaliers publics. La lourdeur du cadre réglementaire et le manque d'autonomie des ad-

30. Gouvernement du Québec, *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, 2006.

31. Gouvernement du Québec, *Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé*, 2008.

32. L'article 333.3 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* qui empêche des médecins participants et des médecins non participants au régime public d'œuvrer ensemble au sein d'un même centre médical spécialisé a fait l'objet d'une contestation devant les tribunaux ces dernières années. La juge Courville de la Cour supérieure du Québec a statué en faveur du maintien ferme de l'article de loi. Voir Jessica Nadeau, « Santé : La cour maintient le mur entre le public et le privé », *Le Devoir*, 26 juin 2015.

33. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *L'étude des crédits 2015-2016 – Réponses aux questions particulières, Opposition officielle*, vol. 1, Commission de la santé et des services sociaux, 2015, p. 268-290.

34. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *L'étude des crédits 2012-2013 – Réponses aux questions particulières, volet santé*, vol. 2, Commission de la santé et des services sociaux, 2012, p. 40-43.

Tableau 2-1

Temps d'attente moyen pour différents types de chirurgie, Hôpital du Sacré-Cœur et ensemble des hôpitaux du Québec, situation au 22 août 2015

	TOUS LES HÔPITAUX DU QUÉBEC	HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR
Chirurgie de la hanche	15 semaines	7 semaines
Chirurgie du genou	17 semaines	8 semaines
Chirurgie de la cataracte	7 semaines	5 semaines
Chirurgie d'un jour	9 semaines	7 semaines
Chirurgie avec hospitalisation	6 semaines	6 semaines

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Banques de données SIMASS, Chirurgies : Listes d'attente des chirurgies dans les hôpitaux du Québec, août 2015.

ministrateurs d'hôpitaux dans la négociation de ces ententes ont toutefois fait en sorte qu'il y en ait très peu. Trois ententes de ce type conclues ces dernières années ont pourtant mené à une amélioration significative de l'accès dans les hôpitaux publics concernés³⁵.

« Seulement une minorité de CMS dispensent des services de santé médicalement requis, et presque uniquement dans le cadre d'ententes de partenariat signées avec des centres hospitaliers publics. »

Le partenariat entre l'Hôpital du Sacré-Cœur et le centre de chirurgie privé Rockland MD à Montréal l'illustre parfaitement. De 2008 à 2015, plus de 12 275 chirurgies d'un jour ont été réalisées grâce à l'entente liant les deux établissements³⁶. Cette initiative a permis de réduire considérablement la liste de patients en attente d'une opération, de décongestionner le bloc opératoire de l'hôpital et d'augmenter de 400 en moyenne le

nombre de chirurgies plus complexes qui y sont effectuées chaque année. Les patientes atteintes du cancer du sein ont ainsi vu leur temps d'attente moyen pour une intervention passer de plus de six mois à moins de deux semaines³⁷. Comme le montre le Tableau 2-1, les temps d'attente pour les chirurgies à l'Hôpital du Sacré-Cœur sont maintenant en moyenne nettement inférieurs à ceux de l'ensemble des hôpitaux au Québec.

En dépit de ces résultats, après des mois de tergiversations³⁸, le ministère de la Santé et des Services sociaux a finalement décidé en septembre 2015 de mettre fin à l'entente, même si, un an plus tôt, ses propres données avaient encore une fois confirmé qu'une même opération coûte moins cher à effectuer à la clinique Rockland MD qu'à l'Hôpital du Sacré-Cœur³⁹.

35. Voir notamment Ronald Denis, « Moins d'attente, plus d'opérations », *La Presse*, 6 juin 2011; Mathieu Courchesne, « Cité-de-la-santé : six mois d'attente pour être opéré », *Le Journal de Montréal*, 16 février 2013; Françoise Le Guen, « L'Institut de l'œil des Laurentides est là pour rester », *Le Courrier*, 11 juin 2014.
36. Héroïse Archambault, « La CAQ scandalise par la fin de l'entente », *Le Journal de Montréal*, 16 septembre 2015.

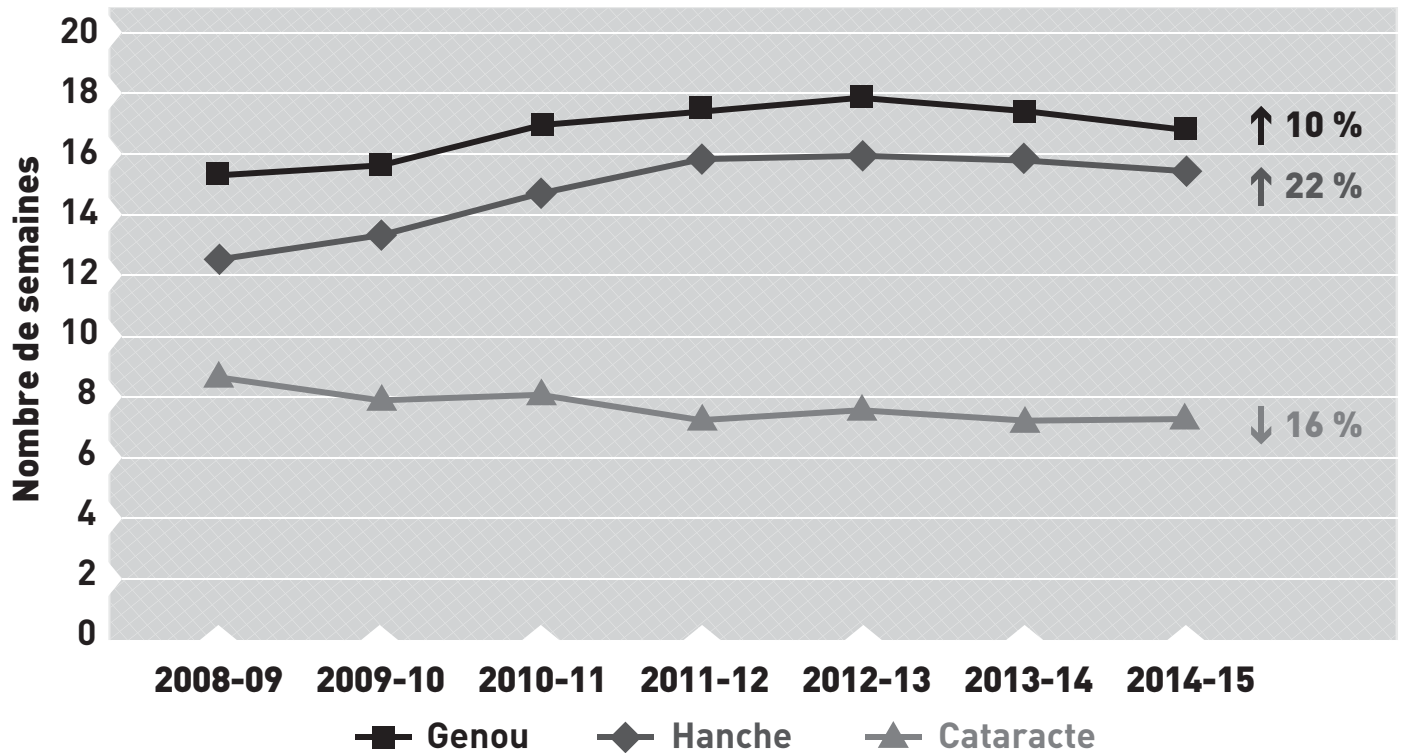
37. Ronald Denis, *op. cit.*, note 35.

38. Voir les articles suivants : Tommy Chouinard, « Philippe Couillard défend le privé en santé », *La Presse*, 13 mars 2014; Gabrielle Duchaine et Ariane Lacoursière, « Interventions d'un jour: Québec abandonne deux ententes avec le privé », *La Presse*, 11 juin 2014; Marco Bélair-Cirino, « Barrette est disposé à faire appel à la clinique privée Rockland MD », *Le Devoir*, 4 juillet 2014; Philippe Teisceira-Lessard, « PPP avec la clinique Rockland MD : Barrette met fin à l'expérience », *La Presse*, 26 août 2014; Amélie Daoust-Boisvert, « Rockland MD : L'entente pourrait être maintenue », *Le Devoir*, 27 août 2014; Héroïse Archambault, « Chirurgies moins chères au privé », *Le Journal de Montréal*, 25 avril 2015, p. 8; Héroïse Archambault, « Rockland MD : Fin de l'entente qui permettait les chirurgies au privé », *Le Journal de Montréal*, 16 septembre 2015.

39. Gabrielle Duchaine, « Chirurgies : pas plus cher au privé, selon une étude », *La Presse*, 25 avril 2015.

Figure 2-1

Temps d'attente moyens au Québec pour les chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte, 2008-2009 à 2014-2015



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, « Nombre de demandes réalisées en chirurgie élective, par catégorie de chirurgie », mai 2015. Données obtenues par le biais d'une demande d'accès à l'information.

Note : Il s'agit du temps d'attente moyen entre la consultation avec le spécialiste et l'intervention chirurgicale. Comme la base de données a été implantée en juin 2007, les données complètes ne sont disponibles qu'à partir de 2007-2008, et sont estimées fiables à partir de 2009-2010.

Ainsi, au 31 octobre 2015, il ne restait plus qu'une seule entente de partenariat, soit celle liant l'Hôpital Cité-de-la-Santé et la Clinique chirurgicale de Laval. De 2010-2011 à 2014-2015, plus de 18 000 chirurgies ont été réalisées à cette clinique en vertu de l'entente⁴⁰. Bien que ce nombre semble élevé, il faut voir qu'il ne représente qu'une part infime de l'ensemble des chirurgies électives effectuées dans le réseau de la santé au Québec, qui ont été au nombre de près de 2,3 millions au cours de cette période⁴¹.

3) Le mécanisme de gestion des délais d'attente

Un nouveau système informatique permettant de suivre l'évolution des délais d'attente en chirurgie élective a été créé et est entré en vigueur en juin 2007. L'objectif

« Les temps d'attente moyens s'élevaient à plus de 15 semaines pour la chirurgie de la hanche et à près de 17 semaines pour la chirurgie du genou, et cela, sans compter le délai d'attente préalable pour obtenir les rendez-vous avec l'omnipraticien et le médecin spécialiste. »

du mécanisme de gestion de l'accès mis en place dans chaque centre hospitalier visait à mieux coordonner les ressources et l'information parmi les différents départements cliniques.

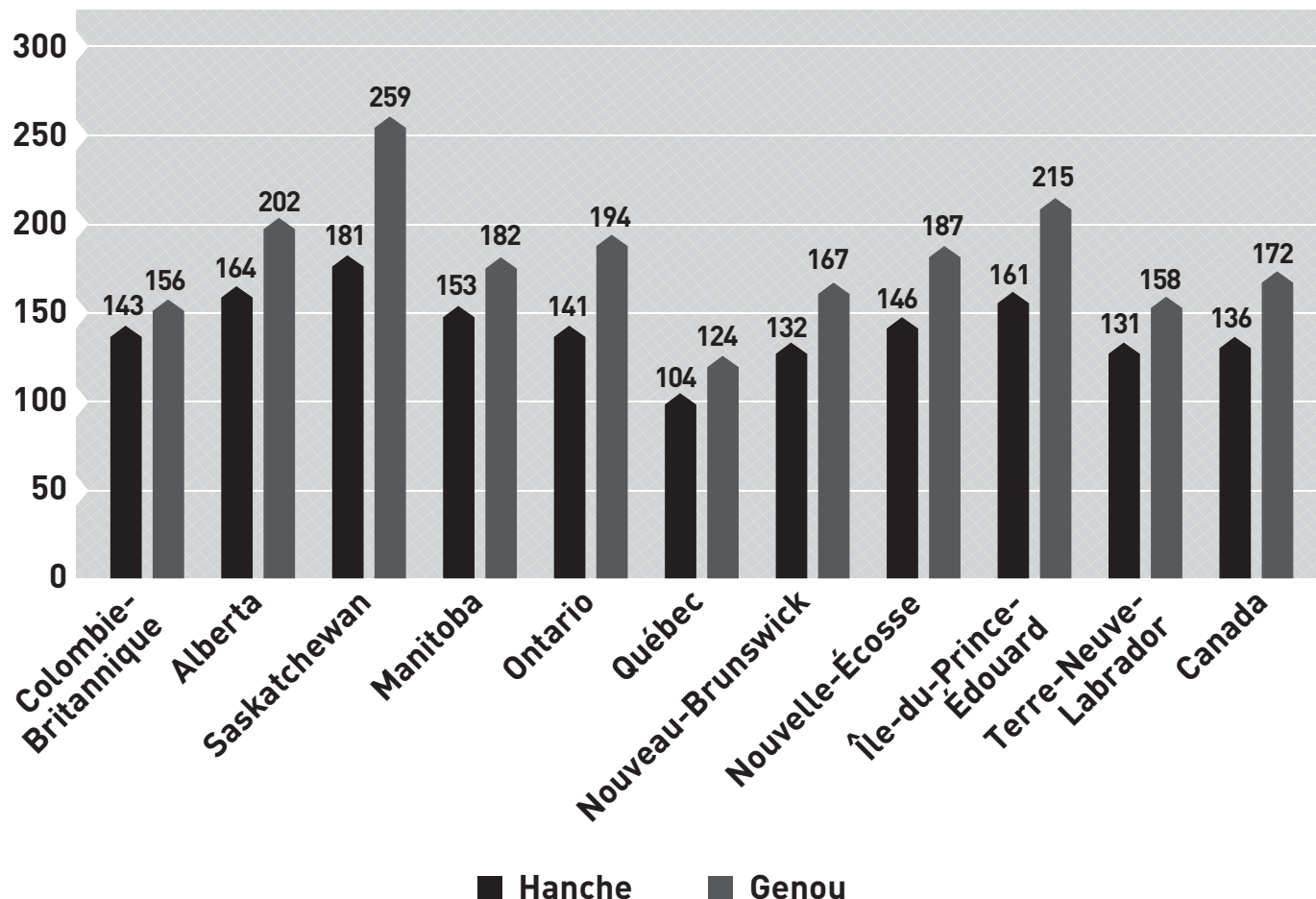
Le gouvernement a également établi à six mois le délai de traitement maximal pour l'obtention des chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte. Si 90 % des cas sont traités à l'intérieur de ce délai, on considère que la cible a été atteinte. Contrairement à la croyance

40. Héloïse Archambault, « Encore une entente pour envoyer des patients au privé », *Le Journal de Montréal*, 23 juin 2015.

41. Ministère de la Santé et des Services sociaux, « Nombre de demandes réalisées en chirurgie élective, par catégorie de chirurgie », mai 2015. Données obtenues en vertu d'une demande d'accès à l'information, mai 2015.

Figure 2-2

Taux d'arthroplasties de la hanche et du genou, par 100 000 adultes de 20 ans et plus, Canada et provinces canadiennes, 2012-2013



Source : Commissaire à la santé et au bien-être, *La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2015 : Résultats et analyses*, septembre 2015, p. 41.

populaire, il ne s'agit pas, pour les patients, d'un droit reconnu dans la loi, mais simplement de cibles administratives pour les hôpitaux.

« Encore près d'un patient sur cinq doit attendre plus de six mois avant d'être opéré à la hanche et au genou. »

Passé le délai cible de six mois, le patient peut se voir offrir l'option d'être transféré dans un autre centre hospitalier de la province. Bien qu'aucun cas du genre n'ait été rapporté publiquement, il serait néanmoins possible qu'un patient, avec l'accord du ministère de la Santé et des Services sociaux et après un délai d'attente jugé déraisonnable, soit éventuellement traité dans une clinique

privée ou même à l'extérieur du Québec. Les coûts de la procédure seraient alors défrayés par le gouvernement lui-même.

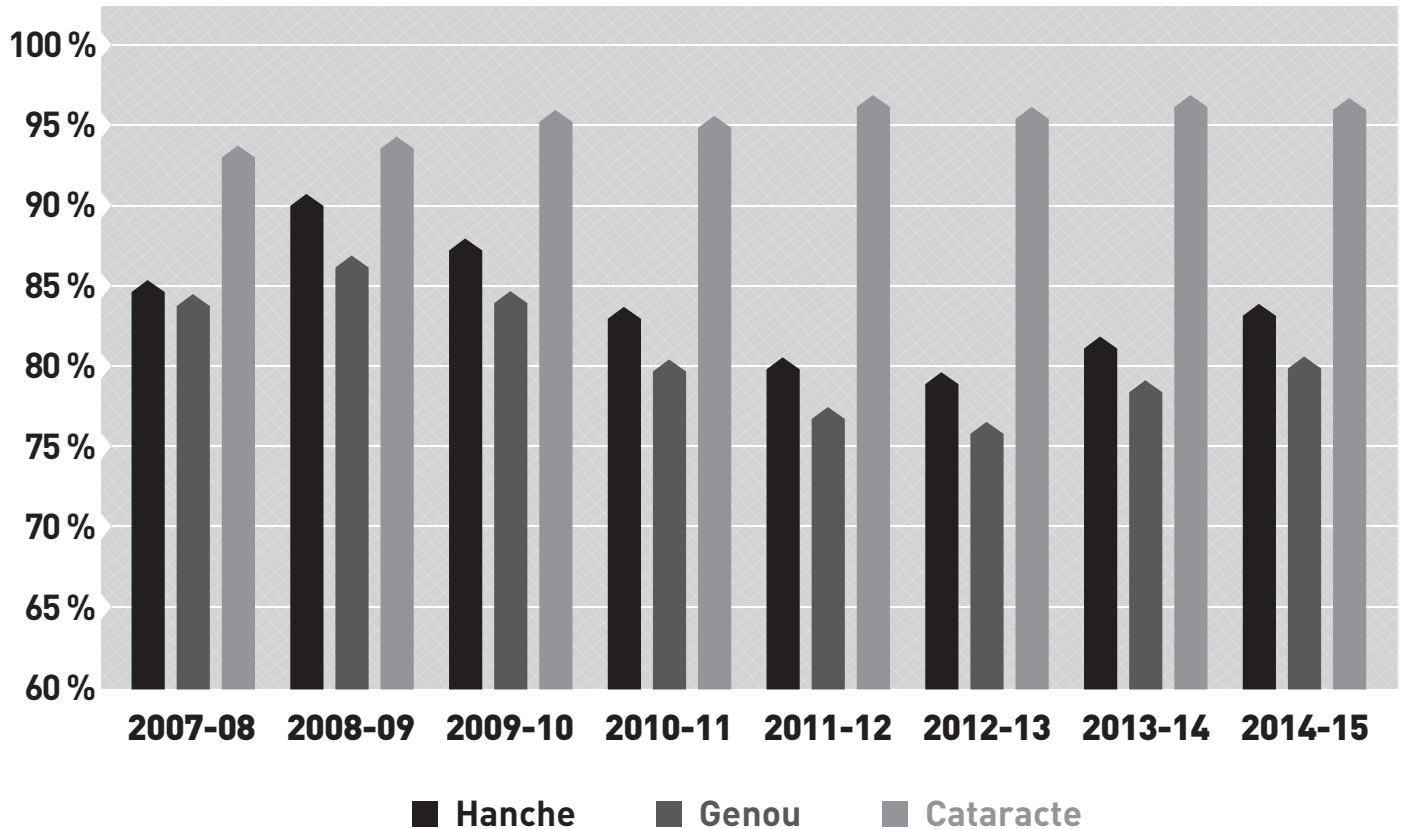
Encore beaucoup d'attente

La base de données qui a été créée permet maintenant de constater qu'en moyenne, les temps d'attente pour les chirurgies électives ne se sont pas améliorés au Québec depuis 2007-2008⁴². Ils ont quelque peu diminué pour l'extraction de cataractes (-16 %), mais ont

42. Selon le Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients, les temps d'attente moyens pour plusieurs spécialités en chirurgies auraient diminué de 2008-2009 à 2011-2012. Les données obtenues du ministère de la Santé et des Services sociaux ne nous ont pas permis de confirmer ces résultats. Voir Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients, *L'accès aux services chirurgicaux : Un programme élargi et intégré*, Document technique 1, février 2014, p. 13.

Figure 2-3

Pourcentage de patients qui sont opérés dans les délais maximums prescrits (6 mois) au Québec, pour les chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte, 2007-2008 à 2014-2015



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Données obtenues par le biais d'une demande d'accès à l'information (2009-2010 à 2014-2015); Base de données Écosanté (2007-2008 et 2008-2009).

augmenté en contrepartie pour les opérations de la hanche (+22 %) et celles du genou (+10 %). Au cours de la dernière année, les temps d'attente moyens s'élevaient à plus de 15 semaines pour la chirurgie de la hanche et à près de 17 semaines pour la chirurgie du genou, et cela, sans compter le délai d'attente préalable pour obtenir les rendez-vous avec l'omnipraticien et le médecin spécialiste⁴³ (voir Figure 2-1).

Il est vrai, comme l'ont souligné certains experts⁴⁴, que le nombre de chirurgies électives effectuées a progressé depuis le début des années 2000, en lien avec le vieillissement de la population. La tendance ne s'est toutefois pas accélérée à partir de 2007, au contraire⁴⁵. De toutes

les provinces canadiennes, c'est d'ailleurs au Québec que l'on observe le plus faible taux d'arthroplasties de la hanche et du genou en proportion de la population adulte⁴⁶ (voir Figure 2-2). Ces taux d'opérations sont pratiquement inférieurs de moitié à ceux de la Saskatchewan, qui a réduit de façon importante ses temps d'attente depuis 2010 en recourant davantage aux centres chirurgicaux privés⁴⁷.

Quant aux cibles de délais maximums fixés à six mois par le gouvernement, elles ne sont toujours pas atteintes pour plusieurs patients. Comme le montre la Figure 2-3, encore près d'un patient sur cinq doit at-

43. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Accès aux chirurgies par agence et pour l'ensemble du Québec – Réalisées, 2015.

44. Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients, op. cit., note 42, p. 11.

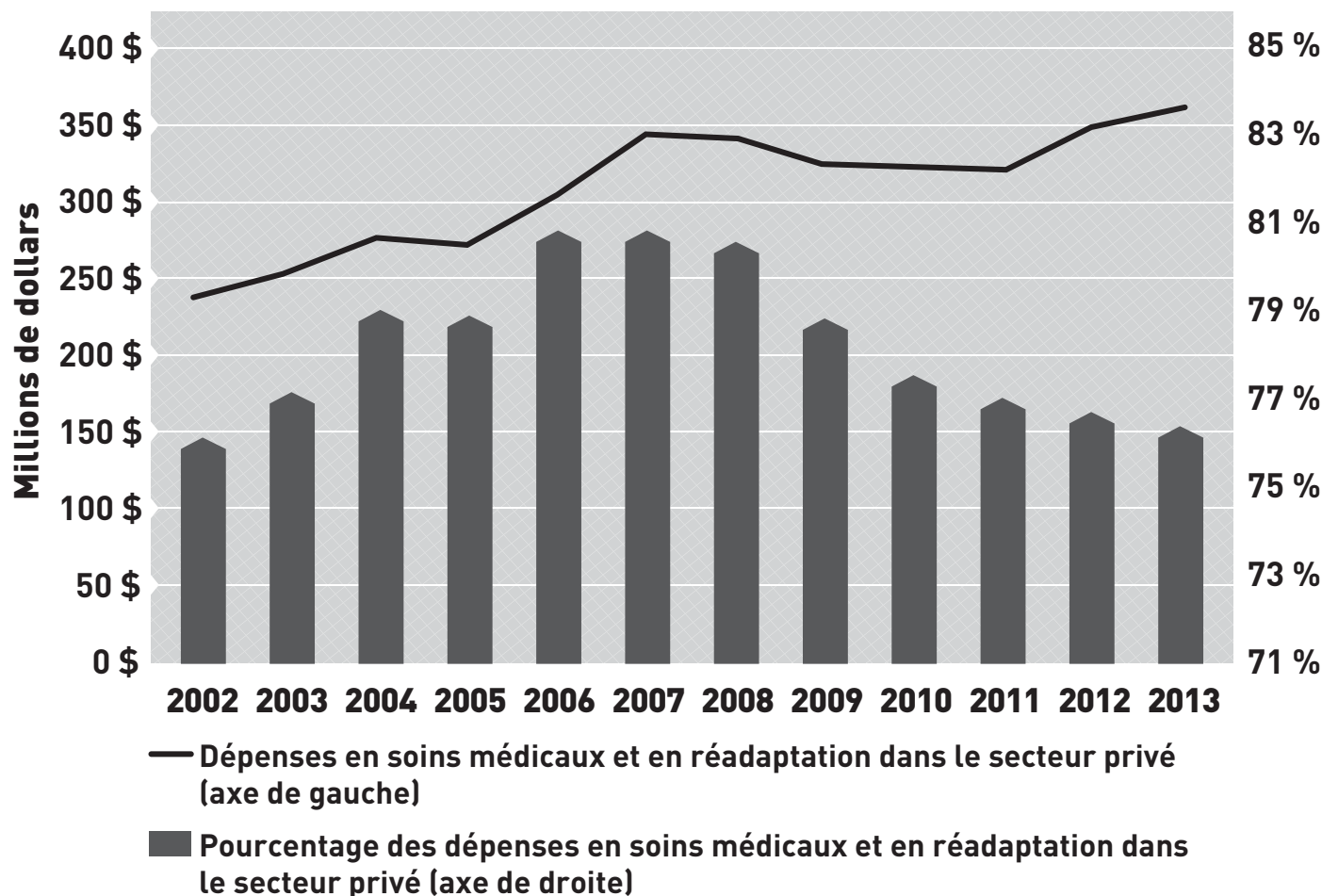
45. Yanick Labrie, « Annexe technique au Point sur l'arrêt Chaoulli et les réformes en santé », Institut économique de Montréal, juin 2015.

46. Commissaire à la santé et au bien-être, *La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2015 : Résultats et analyses*, septembre 2015, p. 41.

47. Saskatchewan Surgical Initiative, « Big Gains in Access, Safety and Quality: Year 4 Report », mai 2014.

Figure 2-4

Dépenses en soins médicaux et de réadaptation de la CSST dans des cliniques privées (montant absolu et en pourcentage du total dépensé), de 2002 à 2013



Source : Commission de la santé et de la sécurité du travail, *Rapport annuel de gestion* (années 2005 à 2013); Régie de l'assurance maladie du Québec, Base de données ORIS, Tableau SM.30 : Nombre de médecins, nombre de services médicaux et coût de ces services selon le type de service et la catégorie de médecins, CSST, 2002-2013; Calculs de l'auteur.

tendre plus de six mois avant d'être opéré à la hanche et au genou. On observe également que la situation est pire qu'en 2008-2009.

On s'en doute, ces délais d'attente en chirurgie ont des impacts importants pour les patients, et ce, à bien des égards⁴⁸. Dans une vaste étude, des chercheurs affiliés à la faculté de médecine de l'Université Laval se sont récemment penchés sur les conséquences des longs délais d'attente en chirurgie pour la santé et la qualité de vie des patients. Leurs résultats ont montré que les patients ayant dû attendre le plus longtemps avant d'obte-

nir un remplacement du genou souffraient davantage de douleur et avaient plus de limitations fonctionnelles que les autres six mois après leur chirurgie⁴⁹.

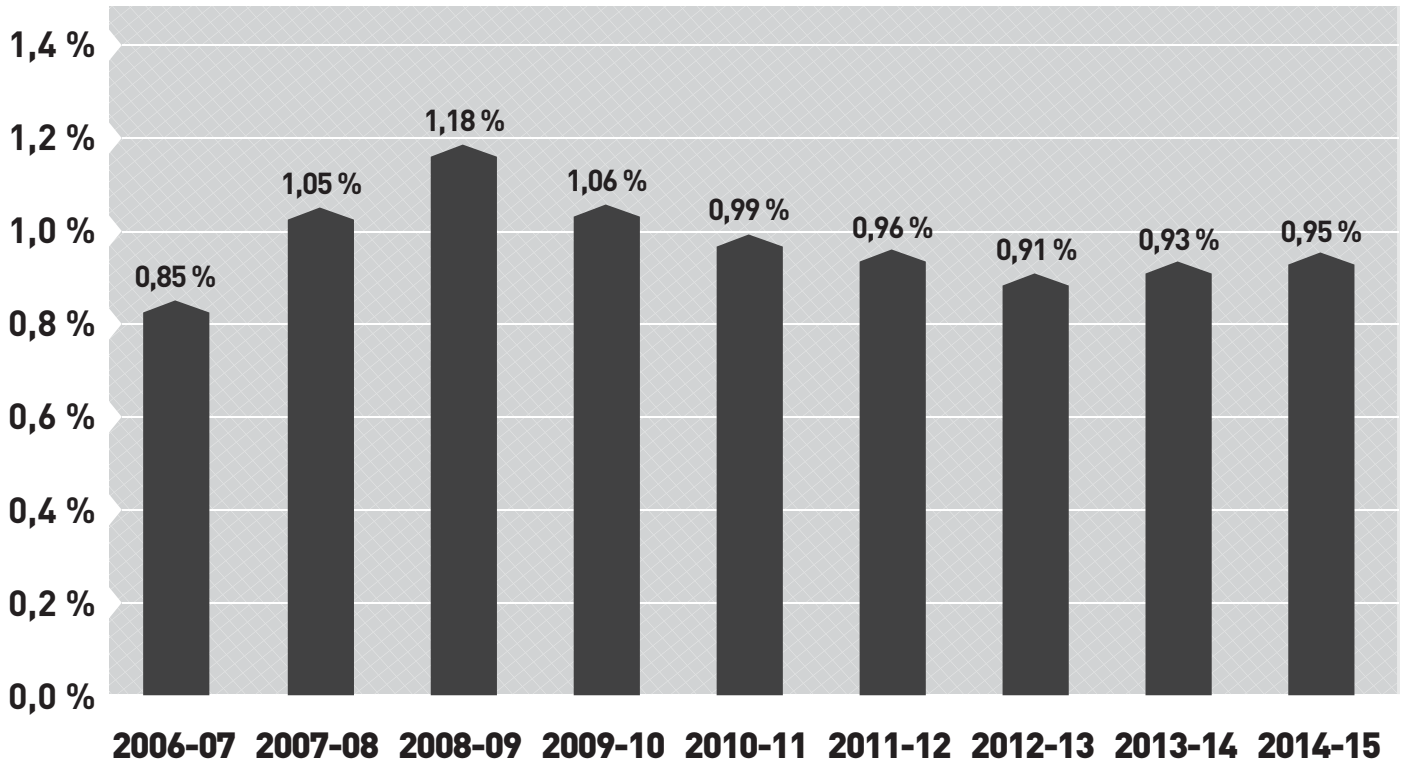
« La capacité actuelle de traiter des patients dans le réseau public est rationnée par le gouvernement et ne découle pas d'un manque de personnel soignant. »

48. Ariane Lacoursière, « En attente d'une opération, elle risque de perdre l'usage de ses jambes », *La Presse*, 27 juin 2014.

49. François Desmeules et al., « The Impacts of Pre-surgery Wait for Total Knee Replacement on Pain, Function and Health-Related Quality of Life Six Months after Surgery », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 18, no 1, 2012, p. 111-120.

Figure 2-5

Nombre de médecins spécialistes non participants au régime d'assurance public (RAMQ) en pourcentage du nombre total de médecins spécialistes au Québec, 2006-2007 à 2014-2015



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, *L'étude des crédits 2011-2012 : Régie de l'assurance maladie du Québec – Réponses aux questions générales et particulières*, Commission de la santé et des services sociaux, 2011, p. 135; Ministère de la Santé et des Services sociaux, *L'étude des crédits 2014-2015 : Régie de l'assurance maladie du Québec – Réponses aux questions générales et particulières*, Commission de la santé et des services sociaux 2014, p. 134; Ministère de la Santé et des Services sociaux, *L'étude des crédits 2015-2016 : Régie de l'assurance maladie du Québec – Réponses aux questions particulières*, Commission de la santé et des services sociaux, juin 2015, p. 147; Institut canadien d'information sur la santé, *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens, 2007-2014*.

Le jugement *Chaoulli* a-t-il ouvert la porte plus grande au secteur privé?

Certains partisans du maintien du monopole public en santé déplorent que l'arrêt *Chaoulli* ait ouvert la porte à un recours accru au secteur privé⁵⁰, c'est-à-dire à l'entrepreneuriat et au libre choix des patients. Pour preuve, ils avancent notamment que le nombre de médecins non participants au système est en croissance depuis les réformes qui ont fait suite au jugement⁵¹.

Les indicateurs nous montrent pourtant que le système de santé au Québec n'est pas sur la voie d'une plus grande privatisation, bien au contraire. Comme on l'a

vu, le nombre de centres de chirurgie privés (CMS) est en décroissance depuis quelques années. De plus, la part des dépenses de soins médicaux et de réadaptation de la CSST, qui est l'acheteur numéro 1 de soins de santé dans les cliniques privées au Québec⁵², est en diminution constante depuis 2007 au Québec (voir Figure 2-4). En effet, bien que 76 % des dépenses en soins médicaux et en réadaptation de la CSST soient effectuées au sein de cliniques privées, cette part atteignait un sommet à 81 % en 2006.

Même si les données montrent effectivement qu'un nombre grandissant de médecins de famille choisissent de ne plus participer au régime public, ce n'est pas le cas des médecins spécialistes. Les données les plus récentes indiquent qu'un peu plus de 2 % des médecins

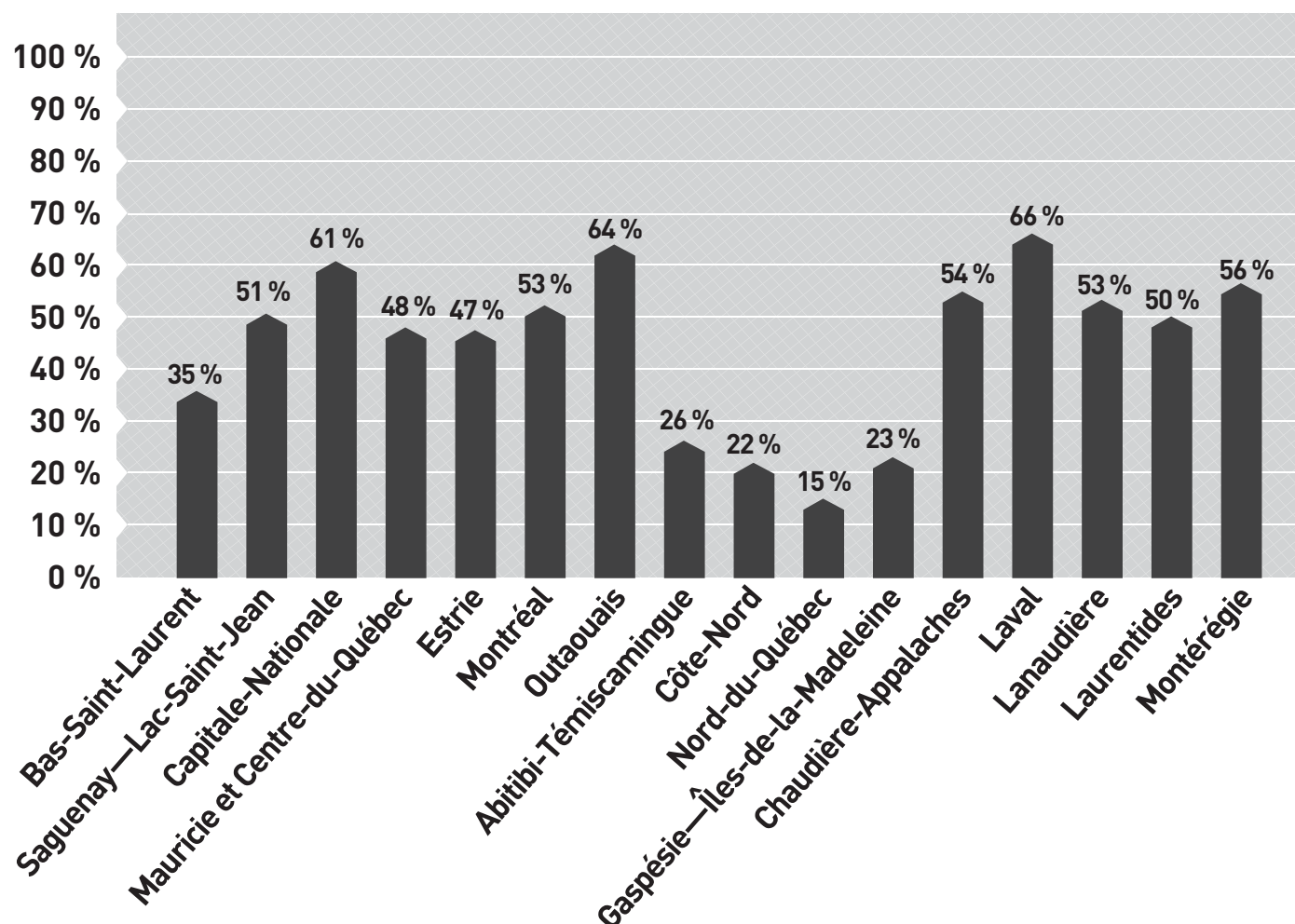
50. Voir Mathieu Perreault, « Le Québec est la province qui fait le plus de place au privé », *La Presse*, 23 avril 2010; Astrid Brousselle Damien Contandriopoulos et al., « Why Trudeau must save medicare in Quebec », *Toronto Star*, 5 novembre 2015.

51. Jessica Nadeau, « Les médecins migrent vers le privé », *Le Devoir*, 7 juillet 2015.

52. Jacinthe Tremblay, « La CSST, acheteur no 1 de soins privés au Québec », *Le Devoir*, 12 novembre 2008.

Figure 2-6

Taux d'utilisation des salles d'opération selon les régions administratives au Québec, 2012



Source : Commissaire à la santé et au bien-être, Atlas CSBE régional – Résultats de performance, 2012.

omnipraticiens et un peu moins de 1 % des médecins spécialistes ne sont plus rémunérés par la RAMQ⁵³. En fait, comme l'illustre la Figure 2-5, le nombre de médecins spécialistes qui sont non participants au régime public, en proportion du nombre total de médecins spécialistes, se maintient bon an mal an au même niveau depuis 2006-2007.

Il faut noter que le contexte de l'accès difficile aux soins de première ligne amène plusieurs patients à payer de leur propre poche pour les services d'un médecin de famille. Encore près d'un Québécois sur quatre n'a pas de

médecin de famille⁵⁴. Les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous sont relativement longs au Québec et ne vont pas en diminuant.

Il importe également de comprendre que les services de médecine familiale sont moins onéreux que la plupart de ceux offerts par les médecins spécialistes, telles les chirurgies électorives. À titre d'exemple, un remplacement de la hanche coûte environ 16 000 \$ dans une clinique privée, alors que les tarifs oscillent de 100 \$ à 300 \$ pour une consultation chez un médecin omnipraticien désaffilié⁵⁵. Comme la clientèle pour les

53. Voir sources de la Figure 2-5; Héloïse Archambault, « Plus de 200 médecins de famille ont quitté le régime public » *Le Journal de Montréal*, 29 avril 2014, p. 3.

54. Statistique Canada, Tableau CANSIM 105-3024 : Personnes déclarant avoir un médecin de famille régulier, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, provinces et territoires, 2013.

55. Isabelle Ducas, « La santé a-t-elle un prix? », *La Presse*, 21 janvier 2013.

traitements des spécialistes est plus restreinte, compte tenu des coûts, il n'est donc pas surprenant de constater que peu de médecins spécialistes aient choisi jusqu'à maintenant de ne plus participer au régime public, contrairement aux médecins omnipraticiens.

On fait valoir chez certains analystes que la législation interdisant la mixité de pratique médicale est nécessaire afin d'éviter que les médecins, dont les effectifs ne sont pas en surabondance, délaissent le secteur public au profit du secteur privé. Il en résulterait, selon ces critiques, une détérioration de la situation de l'attente et de la qualité des services pour les patients dépendant du réseau public⁵⁶.

« Le gouvernement a choisi d'interpréter le jugement de la Cour suprême de façon étroite et les timides réformes adoptées n'ont pas permis d'améliorer l'accès aux chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte. »

Or, un tel argument ignore deux aspects importants. D'une part, la capacité actuelle de traiter des patients dans le réseau public est rationnée par le gouvernement et ne découle pas d'un manque de personnel soignant (qui figure parmi les plus élevés des provinces canadiennes). Le nombre de médecins n'a jamais été aussi grand dans le réseau de la santé⁵⁷. Depuis 2005, le nombre de médecins spécialistes a même augmenté à un rythme près de trois fois plus rapide que celui de la population québécoise, une croissance sans précédent⁵⁸.

La principale cause des délais d'attente vient donc d'une mauvaise allocation des ressources médicales dans le réseau. En effet, le volume de travail des médecins québécois est actuellement limité par des quotas et des règles visant à contenir les coûts⁵⁹. Plusieurs méde-

cins ne peuvent donc pas obtenir le temps d'opération désiré et se retrouvent bien malgré eux dans l'incapacité de diminuer leurs listes d'attente. Comme le montre la Figure 2-6, les blocs opératoires demeurent nettement sous-utilisés dans presque toutes les régions administratives du Québec.

D'autre part, il serait possible d'exiger des médecins qu'ils effectuent un nombre d'heures de travail minimum dans le réseau public (équivalant à un travail à temps plein), comme c'est le cas dans la plupart des pays de l'OCDE, tout en les laissant libres ensuite d'œuvrer dans le secteur privé quelques heures par semaine. Selon une enquête menée en 2009, le Québec se prive d'une offre supplémentaire de travail qui équivaut à 790 médecins spécialistes à temps plein, uniquement les jours de semaine, en interdisant la pratique médicale mixte⁶⁰.

S'inspirer des systèmes mixtes européens

On constate en fin de compte que la situation de l'attente a très peu changé au Québec depuis l'arrêt *Chaoulli*. Le gouvernement a choisi d'interpréter le jugement de la Cour suprême de façon étroite et les timides réformes adoptées n'ont pas permis d'améliorer de manière significative l'accès aux chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte. Les patients en attente de traitement disposent de très peu d'options en dehors du système public.

Dix ans plus tard, la déclaration de la juge McLachlin conserve toute sa pertinence. Au 31 mars 2015, près de 20 000 Québécois étaient en attente d'une chirurgie depuis plus de six mois dans le système public de santé⁶¹. Comme on l'a vu, la situation de l'attente ne s'est pas améliorée de façon notable depuis le jugement *Chaoulli*, malgré l'arrivée croissante de médecins et l'injection massive de fonds dans le réseau public (+ 56 %)⁶².

56. Colleen Fuller, *Cambie s'en va en cour : L'assaut juridique contre le système universel de soins de santé*, Centre canadien de politiques alternatives, avril 2015, p. 9.

57. En 2014, on dénombrait 239 médecins par 100 000 habitants au Québec et 224 médecins par 100 000 dans l'ensemble du Canada. Voir Institut canadien d'information sur la santé, *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens*, 2014, 29 septembre 2015.

58. Le nombre de médecins spécialistes est passé de 8054 en 2005 à 10 000 en 2014, une croissance de 24,1 %. La population québécoise a pour sa part connu une croissance de 8,4 % de 2005 à 2014. Institut canadien d'information sur la santé, *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens 2005*, 30 septembre 2006, p. 47; Institut de la statistique du Québec, *Population du Québec, 1971-2015*.

59. Il en va de même des infirmières au Québec, dont plus de la moitié travailleraient à temps partiel. Voir Régys Caron, « Plus de 50 % des infirmières travaillent à temps partiel », *Le Journal de Montréal*, 12 octobre 2015; Julie Frappier, « La disponibilité des infirmières pour la pratique mixte », Note économique, Institut économique de Montréal, juin 2008.

60. Marcel Boyer et Julie Frappier, « Médecins spécialistes au Québec : Évaluation de l'offre de réserve », Note économique, Institut économique de Montréal, avril 2009.

61. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Accès aux chirurgies par agence et pour l'ensemble du Québec – En attente*, 2015.

62. Les dépenses de santé du secteur public ont fait un bond de 55,6 % de 2005 à 2014, en dollars courants. Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2014*, octobre 2014, p. 174.

CHAPITRE 3

La contestation du Dr Day en Colombie-Britannique : le système universel de santé serait-il réellement en péril?

Dix ans après l'arrêt *Chaoulli*, une nouvelle contestation des lois régissant l'assurance maladie débutera sous peu au Canada, cette fois-ci devant la Cour suprême de la Colombie-Britannique⁶³. Le contexte de l'accès difficile aux soins de santé, qui ne cesse de se détériorer dans cette province, a poussé un groupe de cliniques et de patients à contester devant les tribunaux la légitimité du monopole public dans la fourniture et le financement des soins de santé.

La Colombie-Britannique figure en effet parmi les provinces au Canada où les temps d'attente sont les plus longs en ce qui concerne les chirurgies électorales⁶⁴. À peine 67 % des patients en attente pour une chirurgie de la hanche et 57 % de ceux en attente d'une chirurgie du genou parviennent à passer sous le bistouri à l'intérieur du délai cible de 182 jours. La situation des patients en attente d'une chirurgie de la cataracte n'est guère plus reluisante, alors que 70 % d'entre eux (comparativement à 80 % dans l'ensemble du Canada) sont opérés en 112 jours ou moins, la cible établie⁶⁵ (voir Figure 3-1).

La situation ne va pas non plus en s'améliorant⁶⁶. Alors que le nombre de chirurgies effectuées est en croissance presque partout au Canada depuis 2009, il en va autrement en Colombie-Britannique. La province fait piètre figure en ce qui a trait au nombre de chirurgies de la hanche et du genou par 100 000 habitants, selon les derniers chiffres compilés. Depuis 2009, la Colombie-Britannique affiche la pire évolution sur le plan du nombre de chirurgies de la hanche (0,7 %) et du genou (-6,2 %) de toutes les provinces en proportion de leur population, et de loin⁶⁷.

Les plaignants dans cette cause, à laquelle est associé le Dr Brian Day, soutiennent que ces délais d'attente prolongés dans le système public de santé entraînent des souffrances et des blessures injustifiées pour les patients. Ils demandent à la Cour suprême de statuer sur la constitutionnalité des lois interdisant la mixité de pratique médicale, l'assurance maladie privée duplicative et la libre détermination des tarifs par les médecins dans le secteur privé. Les plaignants comptent faire valoir que ces interdictions vont à l'encontre de la *Charte canadienne des droits et libertés de la personne*.

Considérant l'attachement des Canadiens envers leur système de santé, il n'est pas étonnant que cette démarche judiciaire en inquiète plus d'un. Certains vont même jusqu'à prétendre qu'il s'agit de la plus grande menace actuelle au système public de santé au Canada⁶⁸. Qu'en est-il vraiment? Les arguments avancés par les partisans du maintien du monopole étatique dans le financement des soins médicalement requis tiennent-ils la route? Ce chapitre met quatre idées généralement entendues dans ce débat à l'épreuve des faits.

« La Colombie-Britannique figure parmi les provinces au Canada où les temps d'attente sont les plus longs en ce qui concerne les chirurgies électorales. »

Mythe 1: Le Canada hériterait d'un système de santé « à l'américaine »

Pour plusieurs intervenants, le procès à venir en Colombie-Britannique fait craindre l'effondrement du système de santé universel au Canada si les plaignants devaient avoir gain de cause devant les tribunaux⁶⁹. Il est en effet fréquent d'entendre certains analystes brandir le spectre de l'arrivée d'un système de santé soi-disant « à l'américaine », en vertu duquel certains patients canadiens se verraient exclus de la couverture d'assurance santé qu'ils ont actuellement⁷⁰.

63. La contestation judiciaire, maintes fois reportée jusqu'ici, doit en principe débiter le 6 juin 2016. Keith Fraser, « Vancouver MD's challenge to private health care laws gets June trial », *The Province*, 5 octobre 2015.

64. Tara Carman, « B.C. surgery waits among Canada's worst », *Vancouver Sun*, 14 avril 2015; Hong Chen, Qu Qian et Anming Zhang, « Would Allowing Privately Funded Health Care Reduce Public Waiting Time? Theory and Empirical Evidence from Canadian Joint Replacement Surgery Data », *Production and Operations Management*, vol. 24, no 4, avril 2015, p. 613.

65. Institut canadien d'information sur la santé, *Délais de référence pour le traitement et tendances relatives aux temps d'attente à travers le Canada*, 2014.

66. Bacchus Barua et Frazier Fathers, *Waiting Your Turn: Wait Times for Health Care in Canada, 2014 Report*, Institut Fraser, novembre 2014, p. 15-21.

67. Il s'agit d'un taux normalisé selon l'âge. Institut canadien d'information sur la santé, *Arthroplasties de la hanche et du genou au Canada : rapport annuel de 2015 du Registre canadien des remplacements articulaires*, septembre 2015, p. 26 et 44.

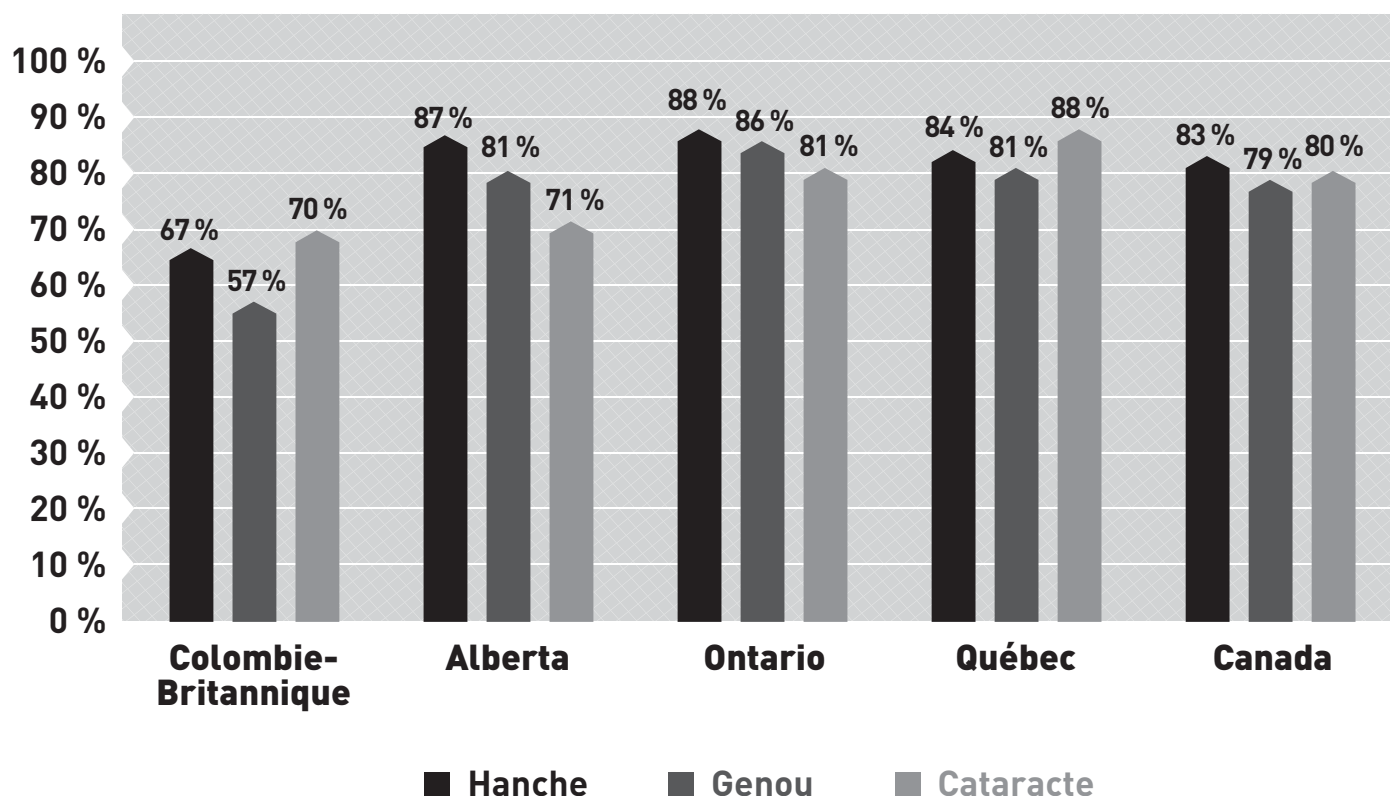
68. Theresa Boyle, « B.C. Supreme Court case 'biggest threat to medicare in this generation' », *Toronto Star*, 25 avril 2014.

69. *Idem*.

70. Colleen Fuller, *op. cit.*, note 56, p. 31-33. Certains auteurs vont même plus loin et laissent entendre que les Canadiens pourraient être, à l'image de certains citoyens américains, acculés à la faillite car incapables d'honorer les factures de soins de santé. Voir notamment Inge de Becker, « Doctor's prognosis: American-style health care a nightmare », *The Chronicle Herald*, 26 août 2014.

Figure 3-1

Pourcentage de patients opérés à l'intérieur des délais de référence cibles, 2014



Note : Les délais de référence sont de 182 jours pour une opération de la hanche et du genou et de 112 jours pour une cataracte.

Source : Institut canadien d'information sur la santé, Délais de référence pour le traitement et tendances relatives aux temps d'attente à travers le Canada, 2014.

Or rien n'est plus éloigné de la réalité. Les quatre sections de la *Loi de protection de l'assurance maladie* que contestent les plaignants concernent l'interdiction de souscrire une assurance privée duplicative, l'interdiction de la pratique médicale mixte et l'interdiction aux médecins de s'entendre mutuellement avec leurs patients à l'égard de certains tarifs.

Le système de santé canadien est une anomalie par rapport à ceux des autres pays industrialisés en ce qui concerne ces restrictions. Le Canada fait figure d'exception en limitant le rôle de l'assurance-maladie privée à la seule couverture des services non assurés par le régime public, dans la majorité des provinces⁷¹. L'assurance privée duplicative est en effet disponible dans de nombreux pays de l'OCDE, y compris l'Australie, le Danemark, l'Espagne, la Finlande, la Grèce, l'Irlande, l'Italie, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, le Portugal, le

Royaume-Uni et la Suède. Dans d'autres pays, l'assurance duplicative reste légale, mais sa place demeure insignifiante, simplement parce qu'il n'existe pas de files d'attente, comme en Allemagne, en Belgique ou en France.

« Le Canada fait figure d'exception en limitant le rôle de l'assurance-maladie privée à la seule couverture des services non assurés par le régime public, dans la majorité des provinces. »

Le Canada est également seul à interdire à ses médecins de pratiquer à la fois dans le secteur public et le secteur privé⁷². Seules les provinces du Nouveau-

71. Voir notamment A. Detsky et C. D. Naylor, « Canada's Health Care System – Reform Delayed », *New England Journal of Medicine*, vol. 349, no 8, p. 804-810.

72. Ariadna García-Prado et Paula González, « Whom Do Physicians Work For? An Analysis of Dual Practice in the Health Sector », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 36, no 2, 2011, p. 265-294.

Brunswick, de Terre-Neuve-et-Labrador et de l'Île-du-Prince-Édouard autorisent la pratique mixte, bien qu'elle semble peu répandue⁷³. Dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE, la mixité de pratique est permise, tout en étant généralement réglementée. Il s'agit d'une façon d'augmenter les capacités du système de santé sur le plan de la main-d'œuvre. En Angleterre, en Australie, au Danemark et en Norvège, des études ont d'ailleurs montré que les médecins qui ont une pratique mixte augmentent le nombre d'heures allouées globalement à traiter des patients, sans pour autant diminuer l'offre de services qu'ils consacrent au réseau public⁷⁴.

« En moyenne dans les pays de l'OCDE, 27 % des hôpitaux sont privés à but lucratif, 22 % sont privés à but non lucratif et 51 % sont publics. »

Alors que 99 % des hôpitaux sont publics au Canada, tous les autres pays accordent un rôle de premier plan aux établissements privés dans la prestation de services hospitaliers⁷⁵. En moyenne dans les pays de l'OCDE, 27 % des hôpitaux sont privés à but lucratif, 22 % sont privés à but non lucratif et 51 % sont publics⁷⁶. Plus du tiers des hôpitaux sont privés à but lucratif en Allemagne (42 %), en France (39 %) et en Australie (36 %). Ces établissements trouvent des façons d'organiser le travail qui entraînent des gains d'efficacité, réduisent les coûts et diminuent les temps d'attente⁷⁷.

Ainsi, si les plaignants devaient obtenir gain de cause, il y a fort à parier que des hôpitaux privés feraient leur apparition au pays. Mais contrairement à certaines prétentions, le système canadien se rapprocherait non pas du modèle américain, mais plutôt des systèmes universels mixtes les plus performants au monde, notamment en Europe.

Mythe 2 : L'accès aux soins dans le réseau public se dégraderait

Certains analystes soutiennent que l'assouplissement des restrictions à l'égard de la médecine privée, tel que souhaitée par les plaignants dans la cause Day, ne bénéficierait qu'à une frange de gens très riches et entraînerait un allongement des temps d'attente pour les autres patients qui dépendent du secteur public⁷⁸.

Or, les expériences internationales des dix dernières années confirment que la présence d'un système de santé privé parallèle au système public n'est pas incompatible avec des services de santé accessibles à tous. Dans la mesure où ceux qui sont couverts par les polices d'assurance duplicative utilisent le système privé tout en continuant à contribuer au financement du système public par leurs impôts, plus de ressources peuvent être consacrées à chaque patient qui utilise le système public. Ainsi, l'accès aux soins pour l'ensemble des patients dans le réseau public s'en trouve amélioré.

Des pays comme l'Angleterre et le Danemark, qui ont accru le recours au secteur privé depuis le début des années 2000, tant au chapitre du financement que de la fourniture des soins, ont vu de nettes améliorations en ce qui a trait aux temps d'attente⁷⁹. Ces pays offrent des leçons pertinentes pour le Canada puisqu'ils possèdent des systèmes de santé universels qui se rapprochent le plus du système canadien⁸⁰. En outre, ils ont longtemps été aux prises avec des problèmes de listes d'attente dans les années 1990 avant d'entamer des réformes visant à libéraliser leur système⁸¹.

73. Gerard W. Boychuk, *The Regulation of Private Health Funding and Insurance in Alberta Under the Canada Health Act: A Comparative Cross-Provincial Perspective*, SPS Research Papers, vol. 1, no 1, décembre 2008, p. 16-17.

74. Karen Bloor et al., « Variation in Activity Rates of Consultant Surgeons and the Influence of Reward Structures in the English NHS », *Journal of Health Services Research and Policy*, vol. 9, no 2, 2004, p. 82; Terence Chai Chang, Catherine M. Joyce et Anthony Scott, « An Empirical Analysis of Public and Private Medical Practice in Australia », *Health Policy*, vol. 111, no 1, 2013, p. 43-51; Karolina Socha et Michael Bech, « Dual Practitioners Are as Engaged in Their Primary Job as Their Senior Colleagues », *Danish Medical Journal*, vol. 59, no 2, 2012; Karl-Arne Johannessen et Terje P. Hagen « Physicians' Engagement in Dual Practices and the Effects on Labor Supply in Public Hospitals: Results from a Register-Based Study », *BMC Health Services Research*, vol. 14, no 299, 2014.

75. Contrairement à certaines affirmations, les hôpitaux au Canada (et c'est également le cas en Colombie-Britannique) sont de propriété publique. Statistique Canada et l'OCDE le reconnaissent d'ailleurs. Voir Statistique Canada, *Guide to the Public Sector in Canada*, Catalogue no. 12-589-X, septembre 2008, p. 68; OCDE, Base de données statistiques, Ressources en santé, hôpitaux, 2012.

76. Grégoire de Lagasnerie et al., *Paiement des hôpitaux et dégressivité tarifaire dans les pays de l'OCDE*, Organisation de coopération et de développement économiques, mars 2015, p. 28.

77. Voir notamment Oliver Tiemann et Jonas Schreyögg, « Changes in Hospital Efficiency after Privatization », *Health Care Management Science*, vol. 15, no 4, 2012, p. 310-326; Neelam Sekhri, Richard Feachem et Angela Ni, « Public-Private Integrated Partnerships Demonstrate the Potential to Improve Health Care Access, Quality, and Efficiency », *Health Affairs*, vol. 30, no 8, 2011, p. 1502-1503; William B. Weekes, Marie Jardin et Alain Prapornaris, « Characteristics and Patterns of Elective Admissions to For-Profit and Not-for-Profit Hospitals in France in 2009 and 2010 », *Social Science and Medicine*, vol. 133, 2015, p. 53-58; Paul H. Jensen, Elizabeth Webster et Julia Witt, « Hospital Type and Patient Outcomes: An Empirical Examination Using AMI Readmission and Mortality Records », *Health Economics*, vol. 18, 2009, p. 1440-1460.

78. Ces analystes présentent des données qui remontent généralement à plus de dix ans. Voir notamment Colleen Fuller, *op. cit.*, note 56; Alex Peden, « Backgrounder: Court Challenges to One-Tier Medicare », *EvidenceNetwork.ca*, 15 octobre 2014; Vanessa Bric, « Evidence Is In: Privately Funded Health Care Doesn't Reduce Wait Times », *Policy Note*, Centre canadien de politiques alternatives, 14 juin 2015.

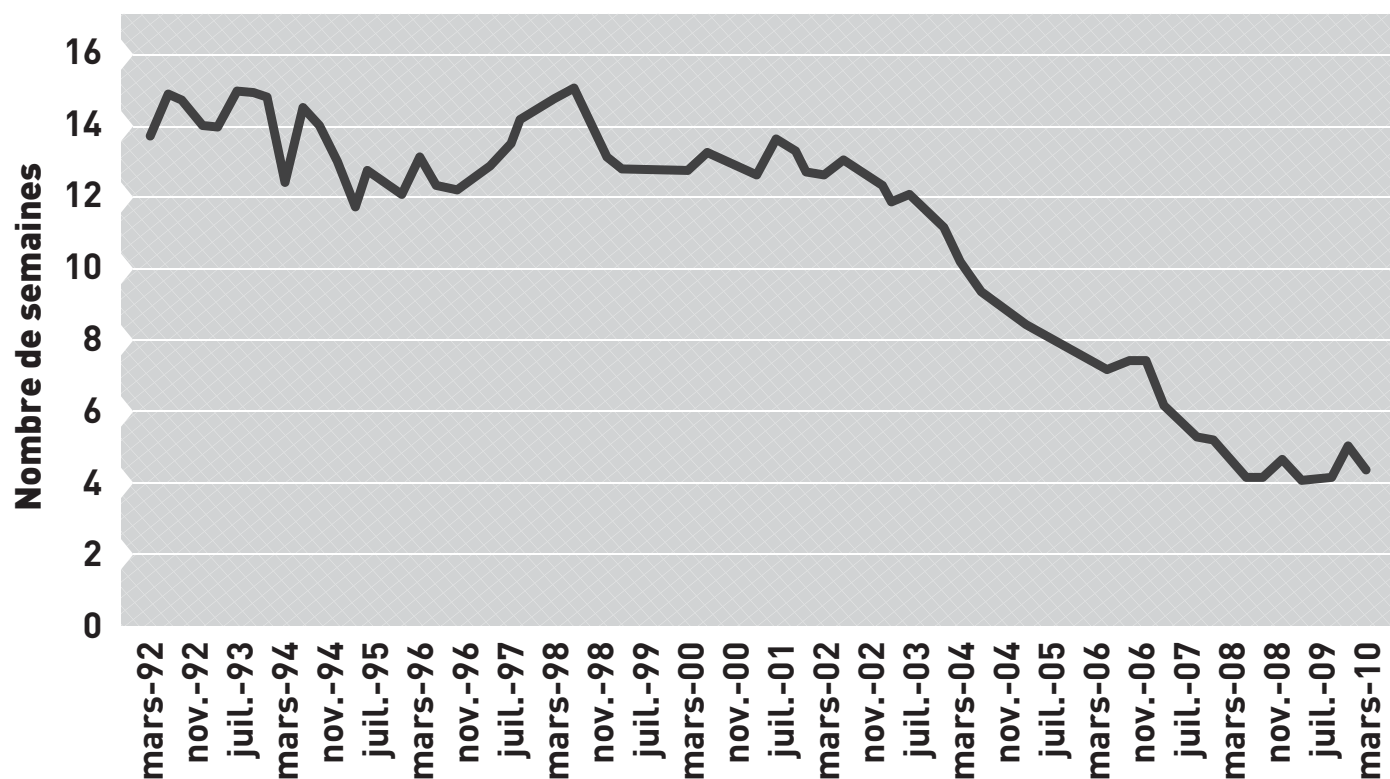
79. Luigi Siciliani, Valerie Moran et Michael Borowitz, « Measuring and Comparing Health Care Waiting Times in OECD Countries », *Health Policy*, vol. 118, no 3, décembre 2014, p. 292-303.

80. Les économistes de la santé réfèrent à ces systèmes à payeur unique financés par les impôts comme étant des systèmes beveridgiens, par contraste avec les systèmes bismarckiens, qui font place à de multiples assureurs et sont financés par des cotisations sociales (Suisse, Pays-Bas, Belgique, Allemagne, France, par exemple).

81. Lars Thorup Larsen et Deborah Stone, « Governing Health Care Through Free Choice: Neoliberal Reforms in Denmark and the United States », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 40, no 5, octobre 2015, p. 945; Christian Rioux, « La Grande-Bretagne, royaume des files d'attente », *Le Devoir*, 2 mai 2000.

Figure 3-2

Évolution du temps d'attente médian pour une chirurgie élective en Angleterre, 1992 à 2010



Source : Department of Health of England, Inpatient and Outpatient Waiting Times Statistics, Historical Time-Series, 1988-2010.

Au Danemark, le pourcentage de citoyens détenteurs d'une assurance couvrant les soins dans les cliniques et les hôpitaux privés est passé de moins de 5 % de la population en 2003 à plus de 40 % en 2014⁸². Des chercheurs ont récemment montré que la couverture d'assurance privée duplicative a été associée à une réduction moyenne de 10 % de l'utilisation des hôpitaux publics. Cela signifie que l'enveloppe budgétaire des soins de santé a augmenté et que l'accès global aux services de santé, toute chose étant égale par ailleurs, s'est amélioré pour l'ensemble des patients, avec et sans assurance privée⁸³. Les temps d'attente pour les chirurgies électives sont passés de 90 jours en moyenne en 2001 à 49 jours en 2014, une baisse de près de 50 %⁸⁴. Selon une étude récente, le Danemark arrive

« Des pays comme l'Angleterre et le Danemark, qui ont accru le recours au secteur privé depuis le début des années 2000, ont vu de nettes améliorations en ce qui a trait aux temps d'attente. »

d'ailleurs au second rang des 16 pays évalués où le temps d'attente est le moins long, avec des délais médians inférieurs de moitié à ceux du Canada⁸⁵.

En Angleterre, à partir de 2002, on a adopté une série de réformes misant sur la liberté de choix et la concurrence entre établissements du secteur public et du secteur privé⁸⁶. L'augmentation du nombre de centres de

82. Forsikring & Pension, *Sundhedsforikring Antal forsikrede, praemier og erstatninger*; Statistics Denmark, *Table BEF5: Population – 1 January, by sex, age, and country of birth*.

83. Rikke Søgaard, Morten Saaby Pedersen et Michael Bech, « To What Extent Does Employer-Paid Health Insurance Reduce the Use of Public Hospitals? », *Health Policy*, vol. 113, novembre 2013, p. 65.

84. Sundheds- og Ældreministeriet, *Status på sundhedsområdet*, [Ministère de la santé du Danemark, État de la santé], septembre 2015, p. 11.

85. Luigi Siciliani, Valérie Moran et Michael Borowitz, « Measuring and Comparing Health Care Waiting Times in OECD Countries », *Health Policy*, vol. 118, no 3, décembre 2014, p. 292-303.

86. Voir notamment Martin Gaynor, Rodrigo Morena-Serra et Carol Propper, « Death by Market Power: Reform, Competition and Patient Outcomes in the National Health Service », *American Economic Journal: Economic Policy*, vol. 5, no 4, 2013, p. 134-166.

chirurgie privés, qui est passé de 10 à 161 en l'espace de quelques années⁸⁷, n'a pas diminué le volume d'opérations réalisées dans les hôpitaux publics, mais a plutôt ajouté des ressources additionnelles dans l'ensemble du système. Cela a contribué à réduire significativement les temps d'attente dans les hôpitaux publics⁸⁸. Les temps d'attente pour les chirurgies électives ont effectivement chuté de plus de 66 % entre 2002 et 2010 (voir Figure 3-2)⁸⁹. Des chercheurs britanniques ont récemment évalué les gains pour les patients (au chapitre de la qualité de vie) associés à l'élimination des listes d'attente pour les chirurgies de la hanche et du genou durant la dernière décennie à 635 millions de livres sterling annuellement⁹⁰.

« Les dépenses publiques per capita sont plus élevées dans la majorité des pays où il existe un secteur privé parallèle qu'elles le sont au Canada. »

Mythe 3 : La qualité des soins dans le réseau public se détériorerait

Dans ce débat entourant la cause du Dr Day, un autre argument soulevé par les partisans du maintien du monopole public veut que l'existence d'une alternative privée mènerait nécessairement à un dépérissement du système public de santé. En d'autres mots, ce que gagnerait le secteur privé, le secteur public le perdrait⁹¹.

Cette thèse est encore une fois contraire à la réalité. Les dépenses publiques per capita sont en effet plus élevées dans la majorité des pays où il existe un secteur privé parallèle qu'elles le sont au Canada. De même, on constate que les dépenses publiques de santé ont continué d'augmenter dans les pays où un secteur privé parallèle s'est développé ces dernières années, comme en Australie, au Danemark, en Nouvelle-Zélande et en Angleterre pour n'en nommer que quelques-uns.

En Angleterre, l'objectif des réformes axées sur la participation accrue de prestataires privés et le libre choix des patients était non seulement de réduire les temps d'attente dans le réseau de la santé, mais aussi d'améliorer l'efficacité de la fourniture des soins non urgents, en séparant les traitements de routine des soins urgents et plus complexes. Un comité d'experts, composé de membres du Collège royal des chirurgiens britanniques, a été mis en place pour enquêter sur les résultats des réformes en 2010. Leur analyse a montré que les centres de traitements privés, loin de ne sélectionner que les cas les moins complexes, ont plutôt élevé la barre en termes d'efficacité et de qualité des soins⁹². L'accès amélioré ne s'est donc pas fait au détriment de la qualité des soins aux patients, bien au contraire.

On observe un phénomène similaire en Italie, un autre pays où le système de santé universel est souvent cité en exemple pour le succès de ses réformes de marché entreprises ces dernières décennies⁹³. Une recherche récente indique qu'il existe une corrélation positive significative entre la qualité des soins dans chacune des régions et les niveaux de dépenses privées par habitant. Ce résultat remet en question la thèse selon laquelle des dépenses privées plus élevées contribuent à miner la qualité des soins dans le réseau public. Et comme le précisent les chercheurs italiens, « Ce résultat contredit l'idée simpliste voulant que des niveaux élevés de dépenses privées soient une conséquence directe de la mauvaise qualité des soins dans le secteur public »⁹⁴.

Le Danemark nous donne un autre exemple probant, puisqu'il est le pays de l'OCDE qui consacre le plus de ressources publiques à la santé en proportion de la taille de son économie⁹⁵. C'est également le pays qui mise sur l'État-providence le plus étendu, alors que les dépenses publiques atteignent près de 60 % de son PIB⁹⁶. Pourtant, cela ne l'a pas empêché d'accroître le rôle du secteur privé dans le financement et la fourniture des soins hospitaliers au cours de la dernière décennie. Le nombre de cliniques et d'hôpitaux privés est ainsi passé de 59 en 2002 à 249 en 2010⁹⁷. Comme on l'a vu, le

87. Elaine Kelly et Gemma Tetlow, *Choosing the place of care: The effect of patient choice on treatment location in England, 2003-2011*, The Nuffield Trust/Institute for Fiscal Studies, novembre 2012, p. 3.

88. Elaine Kelly et George Stoye, « New Joins: Private Providers and Rising Demand in the English National Health Service », Document de travail W15/22, Institute for Fiscal Studies, août 2015, p. 4.

89. Department of Health of England, *Inpatient and Outpatient Waiting Times Statistics, Historical Time-Series, 1988-2010*.

90. Silviya Nikolova, Mark Harrison et Matt Sutton, « The Impact of Waiting Time on Health Gains from Surgery: Evidence from a National Patient-Reported Outcome Dataset », *Health Economics* (à paraître).

91. Mark Stabile, « Why a two-tiered system won't solve our health care woes », *The Globe and Mail*, 27 mars 2014.

92. J. Chard, M. Kuczewski, N. Black et J. Van der Meulen, « Outcomes of Elective Surgery Undertaken in Independent Sector Treatment Centres and NHS providers in England: Audit of Patient Outcomes in Surgery », *The BMJ*, vol. 343, 2011.

93. Voir notamment Margherita Stancati, « Competitive Care », *Wall Street Journal*, 13 avril 2010.

94. Mario Del Vecchio, Lorenzo Fenech et Anna Prenestini, « Private Health Care Expenditure and Quality in Beveridge Systems: Cross-Regional Differences in the Italian NHS », *Health Policy*, vol. 119, no 3, mai 2015, p. 356-366.

95. Hélène Barroy et al., *Sustainable Universal Coverage in France: A Perpetual Challenge*, World Bank, Discussion Paper no 91323, juin 2014, p. 11.

96. OCDE, *Panorama des administrations publiques 2013*, décembre 2014, p. 81.

97. Sundhedsstyrelsen, *Aktivitet på private sygehuse 2006-2010*, Dokumentation af Det Specialiserede Sundhedsvæsen, 2011, p. 5.

nombre de Danois souscrivant une assurance privée leur permettant d'être traités dans ces établissements est environ neuf fois plus élevé aujourd'hui qu'en 2003.

Ce recours accru au secteur privé n'a pas provoqué l'hécatombe tant redouté par les tenants du maintien du monopole étatique en santé au Canada. Comme le précise un chercheur danois qui a étudié cette question en profondeur :

Ce n'est pas une attaque de front contre la prestation existante du secteur public, mais plutôt l'introduction graduelle d'un système concurrent, où des options privées sont offertes à côté du système public de santé universel. [...] Puisque ces nouvelles [options privées] ne minent pas directement les établissements existants, elles n'ont pas au départ provoqué beaucoup d'opposition. [...] La montée de [l'assurance maladie privée] n'a pas diminué l'appui pour le modèle de service public traditionnel au Danemark.⁹⁸

« Le Danemark et le Royaume-Uni, où l'assurance duplicative couvre respectivement 41 % et 16 % de la population, sont les deux pays les plus égalitaires en ce qui concerne l'accès aux soins de santé. »

Mythe 4 : L'équité de l'accès aux soins serait menacée

L'objectif de fournir des services à tous les citoyens, sans égard au revenu, est partagé par l'ensemble des pays de l'OCDE ayant des systèmes de santé universels. La littérature en économie de la santé nous montre néanmoins que l'inégalité dans l'accès aux soins existe à des degrés divers dans l'ensemble de ces pays. Rien n'indique toutefois que la présence d'un marché d'assurance privée duplicative conduise à une plus grande iniquité en matière d'accès aux services médicaux.

Dans une analyse récente portant sur 19 pays, par exemple, des chercheurs de l'OCDE ont constaté que le Danemark et le Royaume-Uni, où l'assurance duplicative couvre respectivement 41 % et 16 % de la population, sont les deux pays les plus égalitaires en ce qui

concerne l'accès aux soins de santé. En fait, parmi les pays étudiés, le Danemark est le seul où la probabilité de consulter un médecin est plus élevée chez les personnes à faible revenu (quintile inférieur) que chez les personnes à revenu élevé (quintile supérieur). Au Royaume-Uni, les personnes à faible revenu sont plus susceptibles de consulter un médecin que celles dont les revenus sont plus élevés, lorsqu'on tient compte des variations sur le plan des besoins des patients⁹⁹.

Il est également intéressant de noter que les réformes faisant place à la concurrence et à l'entrepreneuriat adoptées en Angleterre et au Danemark au cours de la dernière décennie n'ont pas mené à une plus grande iniquité dans l'accès aux soins, bien au contraire¹⁰⁰. Les patients anglais issus de milieux défavorisés ont plutôt vu leur temps d'attente pour un grand nombre de traitements chirurgicaux diminuer plus rapidement que ceux d'autres milieux plus aisés au cours des années 2000¹⁰¹.

En revanche, un grand nombre de recherches empiriques montrent que l'accès aux soins varie avec le statut socioéconomique au Canada, en dépit de l'interdiction de l'assurance maladie privée duplicative et des autres restrictions¹⁰². Ces études nous permettent en effet de constater que ce sont les Canadiens les plus pauvres qui ont le moins accès aux soins de santé, en particulier lorsqu'il s'agit d'un premier contact avec le système de soins de santé. Selon l'une de ces études, 30 % des Québécois parmi les plus pauvres (contre 16 % parmi les plus riches) ont rapporté avoir des besoins non comblés en matière de soins de santé, principalement en raison de longs délais d'attente ou de l'impossibilité de voir un médecin en cas de besoin¹⁰³.

99. Marion Devaux et Michael de Looper, *Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008-2009*, OECD Health Working Papers no 58, 2012.

100. Pour l'Angleterre, voir Richard Cookson, Mauro Laudicella et Paolo Li Donni, « Does Hospital Competition Harm Equity? Evidence from the English National Health Service », *Journal of Health Economics*, vol. 32, no 2, 2013, p. 410-422.

101. Zachary N. Cooper et al., « Equity, Waiting Times, and NHS Reforms: Retrospective Study », *The BMJ*, vol. 339, 3 septembre 2009.

102. Voir par exemple W. McIsaac, V. Goel et D. Naylor, « Socio-Economic Status and Visits to Physicians by Adults in Ontario, Canada », *Journal of Health Services Research and Policy*, vol. 2, no 2, p. 94-102; G. A. Hawker et al., « The Effect of Education and Income on Need and Willingness to Undergo Total Joint Arthroplasty », *Arthritis & Rheumatism*, vol. 46, no 12, 2002, p. 3331-3339; Louise Pilote et al., « Universal Health Insurance Coverage Does Not Eliminate Inequities in Access to Cardiac Procedures after Acute Myocardial Infarction », *American Heart Journal*, vol. 146, no 6, 2003, p. 1030-1037; David A. Alter et al., « Socioeconomic Status, Service Patterns, and Perceptions of Care among Survivors of Acute Myocardial Infarction in Canada », *Journal of the American Medical Association*, vol. 291, no 9, 2004, p. 1100-1107; Kimberlyn M. McGrail, « Income-Related Inequities: Cross-Sectional Analyses of the Use of Medicare Services in British Columbia in 1992 and 2002 », *Open Medicine*, vol. 2, no 4, 2008, p. e3-e10.

103. Jean-Frédéric Lévesque et al., « Emerging Organisational Models of Primary Healthcare and Unmet Needs for Care: Insights from a Population-Based Survey in Quebec Province », *BMC Family Practice*, vol. 13, no 66, 2012.

98. Jeppe Dørup Olesen, « Policymaking without Policy Choice: The Rise of Private Health Insurance in Denmark », *Journal of Public Policy*, vol. 29, no 3, 2009, p. 282.

Tableau 3-1

Comparaisons des systèmes de santé de l'Angleterre, du Danemark et de la Colombie-Britannique en ce qui a trait au rôle du secteur privé dans la fourniture et le financement des soins

	ANGLETERRE	DANEMARK	COLOMBIE-BRITANNIQUE
Assurance privée duplicative	Oui. 16 % de la population (2012)	Oui. 41 % de la population en 2014 (5 % en 2003)	Non autorisée
Pratique médicale mixte publique-privée	Oui. 39 % des médecins (« consultants ») en 2012	Oui. 15 % des médecins spécialistes (2008)	Non autorisée
Hôpitaux et cliniques de chirurgie privés	Le nombre de centres privés (ISTC) est passé de 10 en 2006 à 161 en 2011, contribuant à diminuer l'attente dans le réseau	Le nombre est passé de 59 en 2002 à 249 en 2010, une hausse de 322 %	Environ 1 % des chirurgies dans le réseau public de la santé ont été confiées à des centres privés en 2013-2014
Politique de libre choix des patients	Oui	Oui, si l'attente dure plus de 30 jours	Non
Évolution des temps d'attente pour chirurgies électives	Diminution de plus de 60 % des temps d'attente médians de 2002 à 2010	Diminution de 46 % des temps d'attente moyen de 2001 à 2014	Aucun signe d'amélioration notable des délais d'attente au cours de la dernière décennie

Sources : Forsikring & Pension, *Sundhedsforikring Antal forsikede, praemier og erstatninger*; Statistics Denmark, Table BEF5: Population – 1 January, by sex, age, and country of birth; Elaine Kelly et Gemma Tetlow, *Choosing the Place of Care: The Effect of Patient Choice on Treatment Location in England, 2003-2011*, The Nuffield Trust/Institute for Fiscal Studies, novembre 2012, p. 3; Yanick Labrie, *Pour un système de santé universel et efficace – Six propositions de réforme*, Cahier de recherche, Institut économique de Montréal, mars 2014, Tableaux 2 et 3; Pamela Fayerman, « Allowing complex surgeries at private B.C. clinics could take up to 24 months », *Vancouver Sun*, 10 juin 2015.

Les données disponibles indiquent également que les plus riches au Canada jouissent en général d'un accès privilégié au système public de santé, en raison des relations qu'ils possèdent et d'autres facteurs qui leur permettent de contourner les listes d'attente¹⁰⁴. En présence de rationnement de l'accès et de listes d'attente, il est à prévoir que certains useront de stratagèmes plus ou moins légitimes pour avoir accès aux services requis avant les autres.

En outre, selon des chercheurs de l'Université de Waterloo et du ministère des Finances du Canada qui ont enquêté sur l'évolution de l'utilisation des soins de santé sur une période de 25 ans, de 1978 à 2003, l'accès aux soins est de moins en moins équitable au Canada. Ils mentionnent « [qu'] avant l'introduction de la *Loi canadienne sur la santé*, les études indiquent que les principes d'équité étaient intacts »¹⁰⁵.

104. D. A. Alter, A. S. Basinski et C. D. Naylor, « A Survey of Provider Experiences and Perceptions of Preferential Access to Cardiovascular Care in Ontario », *Annals of Internal Medicine*, vol. 129, no 7, 1998, p. 567-572.

105. J. L. Curtis et W. L. MacMinn, « Health Care Utilization in Canada: Twenty-Five Years of Evidence », *Canadian Public Policy*, vol. 34, no 1, 2008, p. 67.

D'autre part, les données internationales ont montré que l'assurance privée duplicative accentue la progressivité du financement du système de soins de santé¹⁰⁶. Des chercheurs ont récemment cherché à valider cette thèse à nouveau en utilisant des données sur l'Italie. Ils en ont conclu que les individus plus aisés, bien qu'ils acquièrent plus fréquemment une assurance maladie duplicative, se retirent du secteur public, libérant ainsi davantage de ressources pour traiter les patients dans ce réseau, à commencer par ceux ayant de plus faibles revenus¹⁰⁷.

« Les données internationales ont montré que l'assurance privée duplicative accentue la progressivité du financement du système de soins de santé. »

Conclusion

La contestation judiciaire qui doit s'amorcer prochainement devant la Cour suprême de la Colombie-Britannique a déjà fait couler beaucoup d'encre.

Une victoire des plaignants dans cette cause pourrait donner lieu à d'importants changements au système de santé dans la province, qui l'en rapprocheraient des systèmes européens qui comptent parmi les plus performants au monde. Plusieurs expériences en Europe, dont celles de l'Angleterre et du Danemark (voir Tableau 3-1), montrent qu'il est possible d'améliorer l'accès aux soins de santé en encourageant l'entrepreneuriat et en donnant plus de liberté de choix aux patients, sans pour autant miner les principes d'équité et d'universalité auxquels tient la population canadienne.

106. Adam Wagstaff et Eddy Van Doorsaler, « Equity in Health Care Finance and Delivery », *Handbook of Health Economics*, vol. 1, part B, 2000, p. 1826.

107. Daniele Fabbri et Chiara Montfardini, « Opt Out or Top Up? Voluntary Health Care Insurance and the Public vs. Private Substitution », *Oxford Bulletin of Economics and Statistics* (à paraître).

CONCLUSION

Dix ans se sont écoulés depuis le célèbre jugement de la Cour suprême du Canada dans l'affaire *Chaoulli*. Le 9 juin 2005, Jacques Chaoulli et George Zeliotis, qui contestaient depuis près d'une décennie devant les tribunaux la légitimité du monopole du gouvernement en matière de soins de santé, remportaient finalement leur combat.

Le plus haut tribunal du pays venait de statuer que lorsque le gouvernement est incapable d'offrir un accès en temps opportun aux soins nécessaires, l'interdiction de souscrire une assurance maladie privée constitue une violation des droits des patients. « L'accès à une liste d'attente n'est pas l'accès aux soins de santé », déclarait la juge en chef Beverley McLachlin dans son verdict.

La décision de la Cour laissait entrevoir plusieurs changements majeurs en matière de politiques de santé au Québec. Malheureusement, rien n'a véritablement changé depuis. D'abord, en limitant le nombre de chirurgies admissibles, le gouvernement a fait en sorte qu'aucun marché d'assurance privée n'a pu se développer. Le maintien de l'interdiction de la pratique médicale mixte n'a pas aidé non plus. Évidemment, tant et aussi longtemps que les médecins devront se désaffilier complètement du réseau public pour pouvoir offrir des services dans le secteur privé, il y aura peu de services privés à assurer.

Le gouvernement a également établi à six mois le délai de traitement maximal pour l'obtention des chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte. Contrairement à la croyance populaire, il ne s'agit pas, pour les patients, d'un droit reconnu dans la loi, mais simplement de cibles administratives pour les hôpitaux. Celles-ci n'ont à peu près pas d'effet incitatif : près d'un patient sur cinq attend toujours plus de six mois pour une opération de la hanche ou du genou, et la situation est pire qu'en 2007.

Enfin, un nouveau système informatique a été mis en place afin de suivre l'évolution de l'attente pour divers traitements médicaux et chirurgicaux. Cette base de données nous permet maintenant de constater que les temps d'attente moyens pour les chirurgies électives n'ont pas connu d'amélioration notable au Québec depuis 2008. S'ils ont quelque peu diminué pour l'extraction de cataractes, ils ont en revanche augmenté pour les opérations de la hanche et celles du genou. Au cours de la dernière année, les temps d'attente moyens s'élevaient à plus de 15 semaines pour la chirurgie de la hanche et à près de 17 semaines pour la chirurgie du

genou, et cela, sans compter le délai d'attente préalable pour obtenir les rendez-vous avec l'omnipraticien et le médecin spécialiste.

S'inspirant du cas *Chaoulli*, d'autres causes similaires se sont retrouvées ou se retrouveront au cours des prochaines années devant les tribunaux dans d'autres provinces. Le fait est que le système public dans chacune des provinces peine à répondre adéquatement aux besoins de la population dans des délais raisonnables. Le Canada fait figure de cancre dans les classements internationaux lorsqu'il est question de rapidité d'accès aux soins médicamenteux nécessaires.

Les options en dehors du réseau public étant limitées, de plus en plus de Canadiens optent pour le tourisme médical. On estime que plus de 52 000 Canadiens ont choisi de déboursier leur propre argent pour obtenir des services de santé à l'extérieur du pays en 2014¹⁰⁸. Le Canada figure d'ailleurs parmi les pays développés où les habitants dépensent les montants les plus élevés en tourisme médical. Ces dépenses ne cessent d'augmenter, ayant bondi de plus de 70 % au cours de la première décennie des années 2000¹⁰⁹.

« Quelle que soit l'issue des contestations judiciaires, il y a fort à parier que les gouvernements devront desserrer l'étreinte du monopole public. »

Dans le contexte du vieillissement démographique actuel, on doit s'attendre à ce que de plus en plus de Canadiens aient besoin d'interventions chirurgicales, tels des remplacements de la hanche et du genou et l'extraction de cataractes, pour lesquels les délais d'attente dans le réseau public continuent de s'allonger.

Quelle que soit l'issue des contestations judiciaires, il y a fort à parier que les gouvernements devront desserrer l'étreinte du monopole public dans le financement et la fourniture des soins médicalement requis afin de répondre à ces besoins croissants. Ils auraient intérêt à s'inspirer des systèmes universels mixtes européens, qui sont nettement plus accessibles.

108. Bacchus Barua et Feixue Ren, « Leaving Canada for Medical Care, 2015 », *Fraser Research Bulletin*, Institut Fraser, mars 2015.

109. Chung-Ping A. Loh, « Trends and Structural Shifts in Health Tourism: Evidence from Seasonal Time-Series Data on Health-Related Travel Spending by Canada During 1970-2000 », *Social Science & Medicine*, vol. 132, 2015, p. 173-180.

À PROPOS DE L'AUTEUR



YANICK LABRIE

Yanick Labrie est économiste et analyste des politiques de santé à l'Institut économique de Montréal. Il est titulaire d'un baccalauréat en sciences économiques de l'Université Concordia et d'une maîtrise en sciences économiques de l'Université de Montréal.

Il a rédigé plusieurs études portant sur les politiques publiques en matière de santé mises en place dans différents pays. Il s'intéresse également de près aux questions touchant le domaine pharmaceutique. Il est l'auteur du rapport de recherche intitulé « Pour un système de santé universel et efficace — Six propositions de réforme », paru en mars 2014. Plusieurs de ses articles ont été publiés entre autres dans le *National Post*, le *Globe and Mail*, la *Montreal Gazette* et *La Presse*. Il tient également des blogues sur *Huffington Post* et au *Journal de Montréal*.

Il est fréquemment invité à participer à des conférences et à des débats, et à commenter l'actualité économique dans les médias. En 2014, il a pris la parole lors de la 20^e édition de la Conférence de Montréal, organisée par le Forum économique international des Amériques, au sujet des leçons à tirer des systèmes de santé européens. Il a également comparu devant le Comité permanent des Finances de la Chambre des communes à propos des inégalités de revenus et de la mobilité économique au Canada.



Institut économique de Montréal

910, rue Peel, bureau 600, Montréal QC H3C 2H8
T 514.273.0969 F 514.273.2581 iedm.org

ISBN 978-2-922687-60-6