



**Les cliniques privées et la menace pour le régime  
public d'assurance-maladie au Canada**  
Résultats des sondages effectués auprès de cliniques privées et  
de patients

**Coalition ontarienne de la santé**

10 juin 2017

## Commanditaires

Coalition canadienne de la  
santé

Coalition de la santé de la  
Colombie-Britannique

Friends of Medicare  
(Alberta)

Coalition de la santé de la  
Nouvelle-Écosse

Coalition de la santé de  
l'Île-du-Prince-Édouard

Coalition de la santé de la  
Saskatchewan

*Les opinions exprimées dans le présent rapport sont celles de la Coalition ontarienne de la santé. Elles sont faites avec honnêteté au sujet de questions d'intérêt public importantes. Ces opinions tirent leur origine de sondages effectués par nos chercheurs et des faits divulgués au sujet des pratiques de diverses cliniques partout au Canada. Nous nous sommes efforcés de reproduire des notes exactes et complètes à partir des entrevues menées par nos chercheurs.*

## Remerciements

Ce rapport est le résultat de deux ans d'effort par une équipe dévouée à qui nous devons beaucoup. Avant tout, ce rapport serait impossible sans notre intrépide stagiaire, Rina Jeong, dont la patience et la persévérance sont exceptionnelles. Nous sommes également profondément reconnaissants à l'égard des membres du personnel et des bénévoles de la Coalition ontarienne de la santé qui ont consciencieusement photocopié, distribué, compté et résumé des centaines de sondages effectués auprès de patients. Kim Johnston, nous n'aurions pas pu faire tout cela sans toi. Aux membres du conseil d'administration de la Coalition ontarienne de la santé, votre dévouement à protéger les soins de santé publics dans notre province et notre pays est une inspiration. À la petite armée de bénévoles qui ont distribué des sondages à des groupes communautaires et des organisations de personnes âgées, sachez que votre travail a permis de voir à ce que les voix des patients soient entendues partout au pays. À la Coalition canadienne de la santé et aux coalitions de partout au Canada, merci pour votre patience et pour toutes vos suggestions utiles. Et, finalement, à Govind Rao, merci d'avoir inspiré ce travail. Nous espérons que vous serez satisfaits du résultat.

Natalie Mehra, auteure  
Directrice générale  
Coalition ontarienne de la santé

## Table des matières

Introduction	4
Cliniques privées et la <i>Loi canadienne sur la santé</i>	5
Nos sondages	6
Principales conclusions	7
Cabinets de médecin de type « boutique »	8
Cliniques privées d'IRM	10
Cliniques privées de chirurgie, colonoscopie et endoscopie	11
Cliniques privées de chirurgie de la cataracte	12
Conséquences sur les patients	14
Sondages effectués auprès des patients de l'Ontario	14
Cliniques de chirurgie de la cataracte	15
Honoraires forfaitaires	19
Point de départ pour la privatisation	20
Actions en justice en Colombie-Britannique et au Québec	
Contestation du régime d'assurance-maladie public en Saskatchewan	22
Inégalité déguisée sous forme d'innovation	
Conclusion	26
Annexe I : la preuve	27
Alberta	27
Colombie-Britannique	32
Nouvelle-Écosse	47
Ontario	49
Québec	56
Saskatchewan	71

## Introduction

Mariel Schooff a été référée à une clinique privée de la Colombie-Britannique où on lui a facturé plus de 6 000 \$ pour une opération aux sinus<sup>1</sup>. Elle a écrit à son gouvernement provincial afin qu'il agisse. Comme la plupart des Canadiens, elle s'attendait à ce que les soins de santé soient fournis sans frais, payés à même nos taxes publiques. Mais le gouvernement provincial n'a rien fait en réponse à sa plainte. Son expérience a entraîné une série de contestations judiciaires qui pourraient changer le visage des soins de santé au Canada.

Pendant vingt ans, des leaders politiques et des grands patrons favorables à la privatisation ont affirmé que le transfert de propriété et de contrôle des services hospitaliers publics sans but lucratif à des cliniques privées à but lucratif ne causerait pas de dommage au système de santé public du Canada. De telles cliniques sont un « ajout », elles font valoir une réduction des temps d'attente pour des services qui sont rendus trop longs. Mais l'image créée par les propriétaires mêmes des cliniques privées comme étant des sauveurs altruistes de la santé publique ne résiste pas à un examen minutieux.

En fait, alors que les cliniques privées ont pris le contrôle de services anciennement offerts sur une base non lucrative dans des hôpitaux publics, elles ont soutenu la croissance des revenus et des profits de leurs propriétaires en facturant des frais d'utilisation supplémentaires aux patients qui s'élèvent à des centaines, voire même des milliers de dollars pour des soins médicaux. Pour les patients, les frais ont augmenté et les frais d'utilisation se sont multipliés. Et alors que les cliniques ont acquis une plus grande présence, elles se sont développées de manière plus agressive. Dans certains cas, elles facturent de manière flagrante des frais aux patients pour des services pour lesquels ils ont déjà payé avec leurs impôts, ce qui est une violation des lois de l'assurance-maladie publique. Dans certains cas, elles facturent en double -- une fois aux patients

individuellement et une fois aux régimes publics de santé pour les mêmes actes. Les cliniques privées ont institutionnalisé la pratique qui consiste à regrouper des services nécessaires sur le plan médical avec des examens et des actes médicalement inutiles afin de contourner les lois canadiennes qui interdisent l'imposition de frais d'utilisation supplémentaires aux patients, ce qui est dangereux.

Le droit des Canadiens d'avoir accès à des soins de santé publics sans contrainte financière est menacé. Avec trop peu d'attention nationale publique, de problèmes graves pour le système de santé public à une seule vitesse au Canada pointent à l'horizon. Deux actions en justice d'importance nationale et historique, une au Québec et une en Colombie-Britannique, contribueront à tracer l'avenir du système de santé public de notre pays. Mariel Schooff, la patiente à qui on a facturé plus de 6 000 \$ pour une intervention chirurgicale nécessaire sur le plan médical en Colombie-Britannique, s'est éventuellement jointe à quatre autres patients afin de poursuivre son gouvernement provincial devant les tribunaux pour défaut de respecter ses propres lois relatives à l'assurance-maladie. Les cliniques privées ont intenté une demande reconventionnelle, présentement entendue devant la Cour suprême de la Colombie-Britannique. Leur contestation fondée sur la Charte cherche à abroger les lois qui interdisent la surfacturation et la facturation de frais d'utilisation aux patients. Après des changements réglementaires qui auraient légalisé la surfacturation généralisée au Québec, une organisation représentant 450 000 personnes âgées a déposé un bref de mandamus devant la Cour fédérale. L'organisation s'est adressée à la Cour dans le but de forcer la ministre fédérale de la Santé à s'acquitter de son obligation conférée en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* qui est d'empêcher la surfacturation des patients. En même temps, le gouvernement provincial de la Saskatchewan a adopté une loi qui défiait ouvertement la *Loi canadienne sur la santé*

---

<sup>1</sup> Requête modifiée de Mariel Schooff et al. à la Cour suprême de la Colombie-Britannique soumise le 1<sup>er</sup> octobre 2009 disponible à : <http://www.bchealthcoalition.ca/sites/default/files>

</uploads/Petition%2BAmended%2BClinics-added%2BSept.4-09.pdf> (en anglais seulement).

et le principe fondateur de notre système de santé qui est un accès égal aux soins de santé pour tous.

La chose qui est remise en question dans chacun de ces dossiers c'est la pratique des cliniques privées à but lucratif qui consiste à facturer des frais supplémentaires aux patients pour les soins de santé. Aujourd'hui, il n'est plus discutable que la privatisation des services offerts par les hôpitaux publics nuit aux protections des patients

et aux dispositions d'équité contenues dans la *Loi canadienne sur la santé*.

Mais malgré la preuve largement répandue de violations, les gouvernements provinciaux et fédéral n'ont pas réussi à respecter leur engagement à l'égard des Canadiens qui est de respecter le principe selon lequel l'offre de soins de santé doit se faire en fonction des besoins non pas de la capacité de payer.

## Cliniques privées et la *Loi canadienne sur la santé*

L'ampleur de l'affaiblissement du régime public d'assurance-maladie ne devrait pas être surestimée. Il n'est pas trop tard pour protéger les soins de santé à une seule vitesse. La vaste majorité des services offerts par les hôpitaux et les médecins continuent de l'être par le système de santé public, sans frais, et notre régime public d'assurance-maladie continue de bien desservir des millions de Canadiens. Il n'y a pas ou très peu de privatisation dans certaines provinces ayant de plus petites populations. Quelques provinces plus grosses ont limité leurs expériences avec la privatisation et ont accru la capacité des hôpitaux publics sans but lucratif. Des défenseurs des patients du Québec ont réussi à faire baisser une proportion importante des frais d'utilisation supplémentaires.

Mais la menace est réelle. Dans la majorité des provinces, des cliniques privées se sont installées et facturent des frais d'utilisation aux patients. Uniquement par l'entremise de nos sondages, nous avons trouvé 88 cliniques, dans 6 provinces, dans lesquelles nous suspectons y avoir des violations de la *Loi canadienne sur la santé* qui devraient être enquêtées et, à partir des plaintes des patients, nous savons qu'il y en a beaucoup plus. Au cours des dix dernières années, les violations de la *Loi canadienne sur la santé* sont devenues plus flagrantes. Les frais d'utilisation se sont multipliés : le nombre de services qui sont maintenant facturés directement aux patients a augmenté, tout

comme le coût des frais d'utilisation. Dans les exemples les plus flagrants – dans des provinces comme la Colombie-Britannique et le Québec – des patients se sont fréquemment retrouvés confrontés à un éventail de frais coûteux pour les soins de santé lorsqu'ils sont malades et ont besoin d'un diagnostic et d'un traitement. Il y a également une preuve que le « marché » des cliniques privées se renforce. Des entreprises qui possèdent des chaînes se sont développées et la propriété étrangère s'enracine, augmentant la menace de contestation, par les multinationales, de l'assurance-maladie à une seule vitesse en vertu des accords commerciaux internationaux.

En 1984, la *Loi canadienne sur la santé* a été adoptée à l'unanimité au Parlement du Canada. La *Loi* établit le cadre pour le régime public d'assurance-maladie à une seule vitesse. Les soins indispensables sur le plan médical offerts dans les hôpitaux et par les médecins doivent être fournis avec un accès égal à tous, sans frais d'utilisation et surfacturation. Fondé sur les principes d'équité et de compassion, l'accès aux soins de santé doit être basé sur les besoins médicaux, non pas sur la capacité de payer d'une personne. On ne peut facturer de frais d'utilisation supplémentaires aux patients lorsqu'ils sont malades et les soins ne peuvent être refusés aux patients qui ne peuvent pas payer. Tel qu'exprimé par le juge Emmett Hall<sup>2</sup>, « *En tant que société, nous sommes conscients du*

---

<sup>2</sup> Emmett Matthew Hall a été nommé président de la Commission royale des soins de santé par le premier ministre Diefenbaker. Son rapport de 1964 a entraîné la création du régime national d'assurance-

maladie. Il est devenu juge à la Cour suprême au cours de la période où il a présidé la Commission. En 1979, en réponse à la surfacturation des patients par les médecins, il a à nouveau été nommé président

*fait qu'avec le traumatisme de la maladie, la douleur de la chirurgie et le lent déclin vers la mort, l'être humain porte déjà assez de fardeaux sans qu'on y ajoute celui des frais médicaux ou hospitaliers qui pénalisent le patient au moment où il est vulnérable. Les Canadiens ont décidé de se grouper pour régler les frais médicaux quand ils sont en santé et ont des revenus. Les services de santé sont un besoin fondamental, comme l'éducation, que les Canadiens peuvent satisfaire collectivement et payer au moyen d'impôts<sup>3</sup>. »*

Mais alors que les cliniques privées à but lucratif ont pris en charge des services anciennement fournis par les hôpitaux publics sans but lucratif, la philosophie des soins de santé équitables pour tous a été compromise. La preuve est maintenant indéniable : là où les cliniques privées se sont implantées, les frais d'utilisation et la surfacturation ont suivi.

En vertu du régime d'assurance-maladie public du Canada, les provinces sont responsables de respecter les conditions et les critères de la *Loi canadienne sur la santé*, y compris les interdictions contenues dans la *Loi d'imposer des frais d'utilisation et une surfacturation aux patients*, interdictions qui protègent un accès équitable aux soins. Les gouvernements

provinciaux ont par conséquent un devoir, en vertu de la loi canadienne, de voir à ce que les résidents ne se voient pas imposer des frais d'utilisation lorsqu'ils consultent un médecin ou encore lorsqu'ils se rendent dans hôpital ou une clinique.

Le gouvernement fédéral a le pouvoir d'enquêter sur les transgressions de ces protections pour les patients et il devrait pénaliser les gouvernements provinciaux qui ne s'y conforment pas. Les deux paliers de gouvernement ont également une obligation à l'égard des Canadiens d'entreprendre une planification de la santé de la population afin d'offrir des services qui répondent aux besoins.

## Nos sondages

En 2008, la Coalition ontarienne de la santé, en collaboration avec les coalitions de la santé de partout au Canada, a entrepris de documenter l'ampleur du problème<sup>4</sup>. Nous avons appelé toutes les cliniques privées que nous avons pu trouver au pays afin de vérifier si elles

facturaient des frais d'utilisation supplémentaires aux patients et si elles vendaient un accès aux soins. Nous avons constaté que la majorité des cliniques privées qui existaient à ce moment-là facturaient les régimes d'assurance-maladie publics (comme le

---

d'une commission de suivi qui a fait des recommandations qui ont mené à l'introduction de la *Loi canadienne sur la santé* en 1984. Le juge Emmett Hall est considéré comme un des pères de l'assurance-maladie publique au Canada, avec son compatriote de la Saskatchewan, Tommy Douglas, qui a introduit le premier régime d'assurance-maladie public au Canada en 1947, alors qu'il était premier ministre de la Saskatchewan, et qui a par la suite défendu la question lorsqu'il s'est lancé en politique nationale.

<sup>3</sup> Musée canadien de l'histoire : <http://www.historymuseum.ca/cmhc/exhibitions/hist/medicare/medic-7h04f.shtml>.

<sup>4</sup> Coalition ontarienne de la santé, *Eroding Public Medicare: Lessons and Consequences of For-Profit Health Care Across Canada* (Érosion du régime d'assurance-maladie public : leçons et conséquences des soins de santé à but lucratif partout au Canada), 6 octobre 2008, à <http://www.ontariohealthcoalition.ca/index.php/private-clinics-report-eroding-public-medicare-lessons-and-consequences-of-for-profit-health-care-across-canada/> (en anglais seulement).

RAMO) dans leurs provinces et facturaient également des frais d'utilisation supplémentaires aux patients. En 2016-2017, nous avons effectué un nouveau sondage auprès des cliniques privées partout au Canada. Maintenant, près de dix ans après notre premier sondage, nous avons constaté que la majorité des cliniques privées continuent de facturer des frais d'utilisation supplémentaires aux patients. Nous avons constaté que dans au moins la moitié des provinces, la surfacturation est devenue plus manifeste, pas le contraire. Les sondages ont révélé que les frais d'utilisation supplémentaires prolifèrent et, sans exception, les coûts dans les cliniques privées sont exorbitants, beaucoup plus élevés que ceux du système de santé public.

Nous avons également interrogé des patients en Ontario afin de recueillir des exemples concrets des frais d'utilisation supplémentaires qu'on leur facture. Nous avons reçu de l'information de 250 patients à qui on avait facturé de tels frais pour des soins médicaux indispensables. Parce qu'on leur a facturé des frais pour des services médicaux, les patients ont décrit avoir manqué d'argent pour payer leur loyer, avoir

utilisé une partie importante de leur revenu de retraite, avoir dû renoncer à faire l'épicerie et s'être retrouvés dans l'impossibilité d'acheter des choses pour leurs familles. Les patients dont les revenus étaient plus élevés s'inquiétaient des conséquences de ces frais sur les personnes moins bien nanties. Dans quelques cas, on a donné le choix à des patients de payer des frais d'utilisation supplémentaires, choix qui n'a pas été donné à la vaste majorité des patients. Ils étaient nombreux à croire qu'ils ne pourraient pas subir les examens et les interventions s'ils ne payaient pas. Même lorsqu'on leur a donné un « choix », les patients ne possédaient pas l'information pour déterminer la véracité des affirmations faites par le personnel et les médecins de la clinique dans une tentative pour les convaincre d'acheter des services supplémentaires inutiles, comme des lentilles spéciales ou des examens préopératoires. Des patients étaient méfiants quant aux frais, mais ils avaient peur de questionner les médecins qui allaient effectuer les examens et les interventions sur eux. Bon nombre des patients interrogés étaient des personnes âgées à qui on avait facturé de nombreux frais pour différents services.

## Principales conclusions

De l'automne 2016 au printemps 2017, des chercheurs ont appelé toutes les cliniques privées qu'ils ont pu trouver par l'entremise des listes publiques et par l'entremise de nos réseaux partout au Canada. Les cliniques de chirurgie privées, dont des cliniques de chirurgie de la cataracte, des cliniques d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et de tomodensitogramme, des cliniques de colonoscopie et d'endoscopie et des cabinets de médecin de type « boutique » sont inclus dans le sondage. Les cabinets de médecin de type « boutique » sont des cliniques médicales pour cadres qui facturent des frais d'adhésion.

Au total, nous avons interrogé un échantillonnage de 136 cliniques privées dans 9 provinces. Des 136 cliniques, il y en a quelques-unes auprès desquelles nous n'avons pas pu obtenir d'informations claires ou qui ont refusé de répondre à nos questions. À partir de nos

entrevues, nous avons constaté que 88 cliniques dans 6 provinces facturent des frais d'utilisation supplémentaires aux patients et vendent des services nécessaires sur le plan médical.

La preuve est irréfutable que la majorité des cliniques privées facturent les patients pour des examens et des interventions qui sont déjà payés par nos taxes publiques et pour lesquels les patients ne devraient pas se voir imposer de frais supplémentaires. Dans les plus grands centres urbains du pays, des cabinets de médecin de type « boutique » sont apparus, vendant des adhésions et des ensembles de soins pour cadres pour les biens nantis dont les frais s'élèvent à des milliers de dollars par année. Les cliniques de chirurgie de la cataracte facturent couramment des frais aux personnes âgées, dont les revenus sont fixes, de 100 \$ par œil ou plus pour des examens afin de mesurer les yeux, et des frais directs aux patients

pour une chirurgie oculaire qui s'élèvent souvent de 1 500 à 2 000 \$ ou plus. Les cliniques de diagnostic qui vendent des examens d'IRM facturent, de manière flagrante, des frais aux patients de près de 1 000 \$ pour une simple scintillographie. Elles chargent des extras pour

les autres parties du corps. Les cliniques de colonoscopie et d'endoscopie facturent des « honoraires forfaitaires » ou des frais d'administration. Les chirurgies orthopédiques s'élèvent à des milliers de dollars, une violation flagrante de la *Loi canadienne sur la santé*.

## Total des cliniques privées interrogées partout au Canada (136)

	Cliniques privées d'IRM	Cliniques privées de chirurgie	Cliniques privées de chirurgie de la cataracte	Cabinets de médecin de type « boutique »	Nombre total de cliniques par province :	Nombre total de cliniques qui facturent des frais d'utilisation aux patients :
Alberta	5	1	2	5	13	8
Colombie-Britannique	14	14	4	2	34	30
Manitoba	0	2	2	0	4	0*
Nouveau-Brunswick	1	0	0	0	1	0*
Terre-Neuve-et-Labrador	0	0	1	0	1	0*
Nouvelle-Écosse	1	1	3	0	5	4
Ontario	5	4	15	10	34	12
Québec	19	7	9	4	39	17 IRM + 14 diverses = 31
Saskatchewan	2	3	0	0	5	3
<b>NOMBRE TOTAL par type de clinique :</b>	<b>47</b>	<b>32</b>	<b>36</b>	<b>21</b>	<b>136</b>	<b>88</b>

\*D'après notre recherche, nous croyons qu'au moins une des cliniques dans chacune de ces provinces facture des frais pour les services, mais nous n'avons pas réussi à avoir une information claire de leur part.

## Cabinets de médecin de type « boutique »

« Les soins de santé privés, jadis tabous, sont devenus un symbole de prestige pour ceux qui peuvent payer. Des traitements anti-âges en passant par l'Alzheimer, voici cinq des cliniques les plus réputées de la ville. » C'est ce dont se vante la revue *Toronto Life* dans un article au sujet des cabinets de type « boutique »<sup>5</sup>. Situés exclusivement dans les quartiers les mieux nantis des plus grands centres urbains du Canada où il y a un marché de « riches » pour leurs services, ces cabinets vendent divers examens et interventions nécessaires sur le plan médical, combinés à des services médicaux inutiles, afin de tenter de contourner l'interdiction contenue dans la *Loi canadienne sur la santé* quant aux frais d'utilisation. En règle générale, ces cabinets facturent des frais extrêmement élevés pour avoir accès à leurs services et, d'après l'article publié dans la revue *Toronto Life*, des services pour lesquels ils ont souvent l'exclusivité. Certains cabinets exigent des cartes d'assurance-maladie et facturent le régime de santé public et les patients. D'autres cabinets n'exigent pas de carte d'assurance-maladie et facturent directement les patients pour tous les services. Dans quelques cabinets,

des membres du personnel ont mentionné ouvertement les frais d'utilisation supplémentaires. Dans d'autres, les membres du personnel ont refusé de répondre aux questions au sujet des frais au téléphone.

Les frais pour les cabinets de type « boutique » sont beaucoup plus élevés que ce que peuvent payer les Canadiens moyens. En Alberta, on nous a dit qu'une combinaison de services essentiels sur le plan médical et de services inutiles nous coûterait 1 775 \$, plus 600 \$ pour une IRM essentielle sur le plan médical. En Colombie-Britannique, on nous a dit qu'un bilan de santé complet coûterait 1 850 \$ et que les frais annuels variaient entre 895 \$ et 3 495 \$. En Ontario, on nous a parlé de prix qui variaient entre 1 500 \$ et plus de 4 000 \$ par année. Au Québec, les frais ont été évalués à la minute près – plus votre consultation avec un médecin est longue, plus ça coûte cher. Les frais pour consulter un médecin variaient entre 95 \$ et 320 \$, les visites urgentes étaient plus coûteuses et un examen annuel, selon ce qu'on nous a dit, coûterait 400 \$.

	Cabinets de médecin de type « boutique » interrogés	Nombre de cabinets qui facturent des frais d'utilisation aux patients
Alberta	5	4
Colombie-Britannique	2	2
Manitoba	0	0
Nouveau-Brunswick	0	0
Terre-Neuve-et-Labrador	0	0
Nouvelle-Écosse	0	0
Ontario	10	6
Québec	4	3
Saskatchewan	0	0
<b>Nombre total</b>	<b>21</b>	<b>15</b>

<sup>5</sup> McKeon, Lauren, « Five of Toronto's most exclusive medical clinics » (Cinq des cliniques médicales de luxe de Toronto) *Toronto Life*, 26 février 2014.

## Cliniques privées d'IRM

Dans le cadre des sondages que nous avons effectués, nous avons constaté que des cliniques privées d'IRM facturent directement les patients pour des services dans six provinces. Malgré le fait que les IRM sont des services couverts en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, les frais d'utilisation sont évidents, alors que du personnel de cliniques en Nouvelle-Écosse, en Alberta, en Colombie-Britannique, en Saskatchewan et au Québec affirment ouvertement qu'elles sont des cliniques privées et que les patients doivent payer. De manière générale, on nous a dit que le patient doit être référé par un médecin pour une IRM, ce qui signifie que l'examen est nécessaire sur le plan médical et devrait être couvert par le régime public d'assurance-maladie de la province. Dans quelques cliniques, on nous a également dit que le patient devrait apporter sa carte d'assurance-maladie, malgré le fait que la clinique facture les

patients personnellement pour les services. En Ontario, une clinique nous a dit que le patient pourrait apporter un chèque d'entreprise pour payer.

Les frais pour les IRM s'élevaient généralement entre 800 \$ et 900 \$. Les prix les plus bas mentionnés par des membres du personnel des cliniques étaient au Québec, où les frais variaient entre 600 \$ et 750 \$ pour une scintillographie de base. En Nouvelle-Écosse, les frais étaient de 895 \$. En Alberta, les frais variaient entre 725 \$ et plus de 950 \$. En Colombie-Britannique, les frais variaient entre 650 \$ et 995 \$. En Saskatchewan, ils variaient entre 900 \$ et 950 \$. Des frais additionnels, pour créer un contraste, variant entre 200 \$ et 250 \$, et les scintillographies pour d'autres parties du corps ajoutaient 500 \$ ou plus à la facture.

	Cliniques privées d'IRM interrogées	Nombre de cliniques qui facturent des frais d'utilisation aux patients
Colombie-Britannique	14	14
Québec	19	17
Ontario	5	1
Alberta	5	4
Saskatchewan	2	2
Manitoba	0	0
Nouveau-Brunswick	1	0
Nouvelle-Écosse	1	1
Terre-Neuve-et-Labrador	0	0
<b>Nombre total</b>	<b>47</b>	<b>39</b>

## Cliniques privées de chirurgie, de colonoscopie et d'endoscopie

Dans le cadre de nos sondages, nous avons constaté que ces cliniques facturent directement les patients pour des services dans au moins quatre provinces. Dans les cliniques qui offrent des chirurgies orthopédiques, les membres du personnel ont parlé ouvertement des frais d'utilisation supplémentaires pour les patients. En plus de facturer les patients individuellement pour une consultation avec un médecin et pour une chirurgie, certaines cliniques ont dit à nos chercheurs que leur carte d'assurance-maladie publique était également

nécessaire, ce qui soulève des questions au sujet de la facturation du système public et des patients pour les soins. En Colombie-Britannique et au Québec, les cliniques nous ont fait part de frais s'élevant entre 200 \$ et 250 \$ pour un rendez-vous avec un médecin pour une consultation. On a dit à nos chercheurs que pour une chirurgie pour une déchirure du LCA, les frais s'élèveraient entre 5 000 \$ et 12 000 \$, et généralement les prix mentionnés en Colombie-Britannique sont de plus de 8 000 \$ et de plus de 7 000 \$ au Québec.

	Cliniques privées de chirurgie, de colonoscopie et d'endoscopie	Nombre de cliniques qui facturent des frais d'utilisation aux patients
Colombie-Britannique	14	10
Québec	7	5
Ontario	4	3
Alberta	1	0
Saskatchewan	3	1
Manitoba	2	0
Nouveau-Brunswick	0	0
Nouvelle-Écosse	1	0
Terre-Neuve-et-Labrador	0	0
Nombre total :	32	19

## Cliniques privées de chirurgie de la cataracte

En 2004, le fondateur de LasikMD, Mark Cohen, a annoncé son intention de créer une chaîne de cliniques de chirurgie de la cataracte. Après que le groupe initial de chirurgiens se soit retiré du régime d'assurance-maladie public afin de facturer directement les patients, M. Cohen a annoncé que les chirurgiens des cliniques travailleraient dans le réseau public et factureraient également les patients, utilisant un « faille » dans la *Loi canadienne sur la santé* pour combiner les services publics et les services privés<sup>6</sup>. Cette approche s'est propagée partout au Canada et c'est maintenant une pratique courante.

Depuis notre sondage original effectué auprès des cliniques en 2008, nous avons constaté que les frais facturés dans les cliniques de chirurgie de la cataracte ont proliféré et que les coûts ont augmenté de façon dramatique. Bien qu'en 2008 on facturait fréquemment des frais aux patients pour des implants de lentilles réfractives et une chirurgie de la cataracte, aujourd'hui on leur facture couramment des frais pour des examens supplémentaires pour mesurer les yeux (de 100 \$ à 200 \$, ou plus), des consultations (50 \$ ou plus), une gamme déroutante d'options de lentilles et la chirurgie de la cataracte elle-même.

	Cliniques privées de chirurgie de la cataracte interrogées	Nombre de cliniques qui facturent des frais d'utilisation aux patients
Colombie-Britannique	4	4
Québec	9	6
Ontario	15	2
Alberta	2	0
Saskatchewan	0	0
Manitoba	2	0
Nouveau-Brunswick	0	0
Nouvelle-Écosse	3	3
Terre-Neuve-et-Labrador	1	0
Nombre total :	36	15

Dans les sondages que nous avons effectués en Ontario, les patients ont fréquemment rapporté ne pas s'être fait offrir de choix quant à la nécessité de payer des frais supplémentaires ou non. D'autres patients ont rapporté s'être fait vendre des services supplémentaires alors que les membres du personnel des cliniques ont utilisé un langage manipulateur pour les persuader que

l'intervention couverte par le régime public n'était pas suffisante ou ne couvrirait pas tout ce qui était nécessaire. Dans nos sondages, nous avons constaté que les cliniques privées de chirurgie de la cataracte d'au moins quatre provinces facturaient des frais d'utilisation aux patients. Les chiffres contenus dans ce sondage sont sous-estimés. Les sondages que nous avons effectués

<sup>6</sup> Voir : Coalition ontarienne de la santé, *Eroding Public Medicare: Lessons and Consequences of For-Profit Health Care Across Canada* (Érosion du régime

d'assurance-maladie public : leçons et conséquences des soins de santé à but lucratif partout au Canada), 2008, page 38.

auprès des patients révèlent que les frais d'utilisation les plus fréquemment facturés en Ontario sont pour les chirurgies de la cataracte, mais nos chercheurs, particulièrement lorsqu'ils ont appelé des cliniques de l'Ontario, ont eu de la difficulté à obtenir des informations claires par téléphone. Les cliniques ont fait l'objet d'un examen public à la suite de nos sondages précédents.

Les frais mentionnés à nos chercheurs lorsqu'ils ont demandé une chirurgie de la cataracte dans des cliniques privées incluaient des frais pour des ajouts supplémentaires. Souvent, sans qu'aucune demande n'ait été faite à ce sujet, les prix mentionnés pour une chirurgie de la cataracte incluaient des lentilles

« améliorées » et des examens supplémentaires pour mesurer les yeux, examens qui ne sont pas nécessaires sur le plan médical et ne sont pas couverts par les régimes de santé provinciaux. Dans toutes les provinces, on a dit à nos chercheurs qu'ils devaient apporter leur carte d'assurance-maladie et on leur a également fait part de frais supplémentaires pour la chirurgie de la cataracte elle-même, ainsi que pour des lentilles additionnelles et des ajouts, ce qui a soulevé des questions quant à la double facturation. Les prix mentionnés pour les chirurgies de la cataracte variaient entre 1 000 \$ et 5 000 \$, ou plus. Les frais de consultation sont en sus dans de nombreuses cliniques. Dans une clinique, les coûts pour les gouttes ophtalmiques s'élevaient à 160 \$, un montant astronomique.

## Conséquences sur les patients

Au printemps et à l'été 2016, la Coalition ontarienne de la santé a interrogé 398 patients individuels pour savoir si on leur avait facturé, à eux ou à des membres de leur famille immédiate, des frais d'utilisation pour des soins de santé nécessaires. Des sondages sur papier ou en ligne ont été distribués parmi plus de 50 groupes de personnes âgées et d'organisations communautaires, en ligne et par l'entremise des médias sociaux. Les résultats mettent en lumière les problèmes causés par la surfacturation et les frais d'utilisation facturés aux patients. Deux cent cinquante patients nous ont rapporté avoir été facturés pour des services nécessaires sur le plan médical. Les patients qui avaient besoin de chirurgies de la cataracte (90) sont ceux à qui on a le plus fréquemment facturé des frais. Les patients ont également rapporté avoir été facturés pour des frais d'administration dans des cliniques privées de colonoscopie, avoir dû payer des honoraires forfaitaires facturés par des médecins, avoir été facturés pour des IRM nécessaires sur le plan médical, avoir dû payer pour de l'équipement nécessaire à leurs chirurgies et traitements et avoir dû payer pour

des analyses et des dépistages sanguins exigés par le médecin, entre autres choses.

Les craintes des patients à formuler des plaintes au sujet de frais d'utilisation supplémentaires ou sur la possibilité de refuser de payer étaient clairement mentionnées dans les sondages. Les patients ont mentionné qu'ils ne voulaient pas provoquer de tensions avec le médecin avant la chirurgie. Les patients ont rapporté s'être fait dire que les frais d'utilisation supplémentaires étaient nécessaires afin de recevoir des soins de meilleure qualité ou des soins plus sécuritaires. Fréquemment, les patients ont exprimé s'être inquiétés que s'ils ne payaient pas ils ne pourraient pas avoir de rendez-vous ou qu'ils auraient droit à des soins de moindre qualité, voire même des soins dangereux. De nombreux patients ont rapporté avoir payé des frais d'utilisation supplémentaires bien que cela leur ait causé un fardeau financier.

---

### Résultats du sondage effectué auprès des patients de l'Ontario

Frais d'utilisation facturés pour des services essentiels sur le plan médical	Aucun frais d'utilisation	Frais d'utilisation reportés pour les services qui ne sont pas couverts par la RAMO	Nombre total de sondages dûment remplis reçus
250	118	30	398

---

## Frais pour les chirurgies de la cataracte

En Ontario, la plainte la plus fréquente provenant des patients au sujet des frais d'utilisation supplémentaires se produit dans les cliniques d'ophtalmologie. Il est maintenant fréquent pour les personnes âgées qui ont besoin d'une chirurgie de la cataracte de devoir payer des frais de 150 \$ à 2 000 \$, ou plus. Les patients, dont la plupart sont des personnes âgées, rapportent que ces frais sont un choc, un coup dur pour leurs revenus, et qu'ils entraînent des difficultés.

Dans les sondages effectués par la Coalition ontarienne de la santé auprès des patients, 90 patients ont rapporté avoir été facturés pour des frais d'utilisation supplémentaires liés à la chirurgie de la cataracte. Ces frais sont également fréquents dans d'autres provinces<sup>7</sup>. Le nombre et le coût des frais d'utilisation supplémentaires associés aux chirurgies de la cataracte ont augmenté de façon dramatique au cours des dix dernières années. Dans le cadre de notre étude effectuée en 2008 à l'échelle du Canada, nous avons conclu que les cliniques privées de chirurgie de la cataracte facturaient pour les chirurgies de la cataracte, les chirurgies de la cataracte combinées à des lentilles spéciales qu'elles vendaient de façon agressive aux patients, et pour des services qui, selon elles, couvriraient « tout suivi nécessaire », malgré le fait que le système de santé public couvre tous les soins nécessaires associés à la chirurgie de la cataracte. Dans des sondages effectués plus récemment auprès de cliniques privées de chirurgie de la cataracte, nous avons constaté que les frais d'utilisation incluent maintenant systématiquement des frais administratifs de 50 \$ à 150 \$, des mesures des yeux supplémentaires pour lesquelles les patients payent entre 100 \$ et 200 \$ par œil, ou plus, et des lentilles

spéciales pour lesquelles les prix varient énormément. En Ontario, tel que rapporté par les patients, les prix pour les lentilles spéciales varient entre 50 \$ et 1 200 \$ par œil. Partout au Canada, les cliniques de chirurgie de la cataracte facturent pour la chirurgie de la cataracte et des lentilles spéciales pour lesquelles les prix varient entre 1 000 \$ et 5 000 \$ par œil, ou plus. Quelques patients ont également rapporté des frais exorbitants (allant à plus de 100 \$) pour des gouttes ophtalmiques associées à la chirurgie.

### Frais d'utilisation supplémentaires pour les chirurgies de la cataracte Exemple de résultats obtenus par l'entremise de sondages effectués auprès des patients

**Lorsqu'on a posé la question « Vous a-t-on donné à vous ou à un membre de votre famille le choix de payer ou non? », voici les réponses que nous avons obtenues :**

« Aucun choix n'a été offert. On m'a dit que toutes les cliniques exigeaient cet examen et le facturaient. »

« On m'a dit que je devais payer des frais supplémentaires pour une mesure de l'œil qui était beaucoup plus précise, sinon ils ne pouvaient pas garantir la compatibilité des lentilles. Au départ j'ai refusé, mais le membre du personnel m'a d'abord dit qu'elle était hautement recommandée, mais j'ai refusé, et le chirurgien est venu, a fait le même genre de discours et, avec les pressions et en pensant à mes yeux, j'ai décidé que quelques centaines de dollars ce n'était pas cher payé pour avoir la tranquillité d'esprit... c'était des pressions excessives et des pressions exercées en temps opportun. J'ai finalement accepté et j'ai payé. »

« On ne m'a pas donné le choix. On m'a simplement dit que je devrais payer les frais. »

<sup>7</sup> À titre d'exemple de ce que des patients ont rapporté au sujet des frais d'utilisation supplémentaires pour des lentilles associées à la chirurgie de la cataracte en Colombie-Britannique, veuillez consulter :

<http://vancouver.sun.com/news/staff-blogs/opthalmologists-hefty-bills-for-cataract-lens-implants-a-no-no-heres-how-to-complain> (en anglais seulement).

« Non, on m’a simplement dit comment je pouvais payer pour l’examen, soit par carte de crédit, en argent, etc. »

« Oui, mais il était évident que l’on voulait que je sente le danger si je refusais. »

*Suite des résultats des sondages effectués auprès des patients au sujet de la chirurgie de la cataracte...*

« Non, je devais payer pour l’examen. »

« On m’a donné le choix de payer, mais le choix de non-paiement était donné par écrit avec toute la paperasse et non pas mentionné. »

« C’était le montant facturé – aucune raison donnée. »

« Aucun choix – je devais payer pour l’appareil ‘très coûteux mais qui donnait de meilleurs résultats’. »

**Lorsqu’on a posé la question « Que croyiez-vous (vous ou un membre de votre famille), s’il y a lieu, allait se produire si vous refusiez de payer pour le service? », voici les réponses que nous avons obtenues :**

« La conséquence était que l’opération n’aurait pas lieu. »

« Je ne recevrais pas les meilleurs soins. »

« Je ne serais pas opéré. »

« Je croyais que si je ne payais pas les frais, le médecin refuserait de faire la chirurgie. »

« Je ne pourrais pas subir l’examen. »

« Nous avons cru qu’ils ne pourraient pas le faire sans les mesures. »

« Vous vous retrouvez très certainement dans un feu roulant dans le cadre de ce processus, vous n’avez pas vraiment le temps de penser; ils présentent leurs arguments, vous écoutez, vous vous sentez forcé, vous payez. »

« Que je ne recevrais pas le service. »

« Qu’aucune chirurgie ne serait possible. »

« Que je ne recevrais pas le service ou que je n’aurais pas le droit à l’intervention. »

« Que les résultats de la chirurgie seraient incertains si les mesures étaient incertaines. »

« Je croyais que ma chirurgie ne serait pas aussi efficace sans mesure. »

« Aucune chirurgie sans la mesure. »

« Ce sont mes yeux – je voulais que ce soit fait correctement. »

« Ce n’était pas une option – c’était une évidence. »

« Je ne peux pas vraiment y répondre puisque je n’ai pas contesté les frais. Je doute que l’on aurait refusé de m’opérer, mais j’étais très motivé à collaborer puisque j’étais extrêmement nerveux au sujet de l’opération et que je ne voulais pas créer de tension entre moi et le médecin alors qu’il effectuait la chirurgie! »

*Suite des résultats des sondages effectués auprès des patients au sujet de la chirurgie de la cataracte...*

**Lorsqu'on a posé la question « Quelle conséquence, s'il y a lieu, les frais supplémentaires pour ce service ont-ils eue sur le budget de votre famille? », voici les réponses que nous avons obtenues :**

« Ma voiture avait besoin de réparations et ces réparations ont dû attendre. Et j'ai payé un montant moins élevé pour rembourser ma carte de crédit. »

« Ce fut très difficile du point de vue budgétaire. De plus, ma fille a dû payer pour les mesures et les frais supplémentaires pour les lentilles. »

« Eh bien nous croyions que les frais devaient être payés, que nous n'avions donc pas d'autre choix. Notre budget est restreint, mais la vision d'une personne est très importante, donc nous avons payé. »

« Le parent ne pouvait pas payer. Les frais ont donc été payés par les deux enfants. »

« C'était une dépense très importante et inattendue qui n'était pas prévue dans mon budget. Malheureusement, en tant que mère monoparentale, je n'ai aucune marge de manœuvre. »

« J'ai puisé dans mes économies que j'avais mises de côté pour les urgences. »

« 200 \$ c'est ce que je paye en épicerie pour ma famille pour deux semaines. »

« Je vis avec une petite pension, j'ai donc dû couper sur d'autres choses pour économiser l'argent. »

« Mon revenu est fixe, alors chaque sou compte. »

« J'ai été opéré en février et j'ai de la difficulté à payer pour mes services depuis puisque je vis seul et que je suis propriétaire d'une maison. »

« Je suis une personne âgée, alors c'est donc difficile pour moi et mon conjoint. »

« J'ai un revenu fixe, j'ai de la difficulté à joindre les deux bouts, ce fut donc un problème. »

« Pas très grave mais je savais que je me faisais avoir, ce qui est très énervant. »

« Nous avons vraiment besoin de cet argent. »

« Je n'ai maintenant plus les moyens de payer pour passer un examen de la vue. »

« Nous n'avons pas fait de voyage cette année-là. »

« En tant que personne âgée ayant un revenu relativement fixe, c'était une énorme dépense, mais une dépense nécessaire. »

« Eh bien c'est difficile mais c'est votre vision alors vous vous privez de quelque chose d'autre! »

« Aucune, mais c'est un principe. Où est-ce que ça s'arrêtera? »

« Nous avons dû couper sur d'autres choses ou en éliminer. »

« J'ai dû diminuer le budget nourriture pendant un mois. »

« On a dû contracter un prêt. »

*Suite des résultats des sondages effectués auprès des patients au sujet de la chirurgie de la cataracte...*

**Lorsqu'on a posé la question « Quelle conséquence, s'il y a lieu, les frais supplémentaires pour ce service ont-ils eue sur le budget de votre famille? », voici les réponses que nous avons obtenues :**

« Je suis une personne âgée dont le revenu est fixe et si ma fille ne m'avait pas aidé, j'aurais eu de l'argent pour payer mon loyer seulement et je n'aurais pratiquement plus eu rien pour le reste du mois pour payer mes factures et manger. »

« Cela a augmenté mon endettement par carte de crédit et abaissé le montant que je pouvais payer sur l'impôt rétroactif que je devais depuis le décès de mon mari. »

« Oui bien entendu. Je suis une personne âgée dont le revenu est fixe et pas très élevé. Cela signifiait que je me retrouvais avec la moitié de mon revenu de retraite pour payer les factures, le loyer et la nourriture. »

« Je suis une personne âgée dont le revenu est fixe et cela signifiait que je devais réduire mon budget pour la nourriture. »

« Cela représente beaucoup d'argent pour une personne âgée dont le revenu est fixe. »

« Cela a eu d'énormes conséquences pour moi puisque je ne pouvais pas payer le montant en totalité et que j'ai dû payer en plusieurs versements afin de pouvoir payer mon loyer et ma nourriture au cours de ce mois-là. Mon revenu de retraite n'est pas très élevé. »

« J'ai dû puiser dans mes économies. Je n'avais pas cet argent, alors mes placements de retraite ont été touchés. »

« J'ai dû réduire mon budget d'épicerie. »

## Honoraires forfaitaires

Les « honoraires forfaitaires » sont des frais annuels pour des services médicalement inutiles fournis par les médecins comme des examens médicaux requis par les camps d'été ou les employeurs, des ordonnances par téléphone/électroniques et des billets de médecin pour une absence du travail. Comme un acompte exigé par un avocat, un patient paye des honoraires forfaitaires pour couvrir ces services s'ils sont nécessaires. Cependant, contrairement à un acompte, les médecins ne rendent pas les montants inutilisés à la fin de l'année et, ainsi, les honoraires forfaitaires sont souvent des frais d'utilisation de fait. Dans des

provinces comme l'Ontario, la Colombie-Britannique, l'Alberta et la Nouvelle-Écosse, les collèges des médecins et chirurgiens ont établi des règles précisant que les honoraires forfaitaires doivent être optionnels<sup>8</sup>. Malgré cela, notre sondage montre que l'on abuse de ces frais, ou que les patients ne comprennent pas qu'ils sont optionnels et que les soins de santé doivent être offerts de manière égale aux patients qui ne payent pas d'honoraires forfaitaires. Les patients ont rapporté payer des honoraires forfaitaires annuels variant de 50 à 150 \$ par personne. Le niveau de frais le plus fréquent rapporté est de 100 \$ par année

### Honoraires forfaitaires

#### Exemple de résultats des sondages effectués auprès des patients

Lorsqu'on a posé la question « Vous a-t-on donné à vous ou à un membre de votre famille le choix de payer ou non? », nous avons reçu les réponses suivantes :

« Non, si vous ne payiez pas, vous ne receviez pas vos médicaments. »

« Non, payez ou partez. »

« Si vous ne payiez pas, vos ordonnances ne seraient pas renouvelées et d'autres services ne seraient pas rendus. »

« Si vous ne payez pas de frais annuels, les rendez-vous ne sont pas garantis, c'est-à-dire que lorsque vous appelez pour prendre rendez-vous, ils regarderont si vous avez payé les frais, si ce n'est pas le cas, votre rendez-vous sera dans un mois, et si des formulaires ou des documents doivent être signés, ils vont me facturer. De plus, certaines interventions médicales seront facturées également si les frais ne sont pas payés. Ces frais sont de 200 \$ par année pour mon mari et moi et c'est pour un médecin de famille. »

<sup>8</sup> Voir : <http://www.cpso.on.ca/Policies-Publications/Policy/Block-Fees-and-Uninsured-Services>; <https://www.cpsbc.ca/files/pdf/PSG-Annual-Fees-to-Patients.pdf>; <http://www.health.alberta.ca/documents/AHCIP-Bulletin-Med-184-2016.pdf>; <http://cpsm.mb.ca/cjj39alckF30a/wp-content/uploads/ByLaws/By-Law-11.pdf>;

[http://www.cpsns.ns.ca/DesktopModules/Bring2mind/DMX/Download.aspx?Command=Core\\_Download&EntryId=57&PortalId=0&TabId=180](http://www.cpsns.ns.ca/DesktopModules/Bring2mind/DMX/Download.aspx?Command=Core_Download&EntryId=57&PortalId=0&TabId=180) (tous en anglais seulement).

## Point de départ pour la privatisation

Aujourd'hui, la Colombie-Britannique et le Québec sont le point de départ pour la privatisation au Canada. Dans chacune de nos études (2008 et 2016-2017), ces provinces étaient celles qui avaient le plus de cliniques privées dans lesquelles nous avons constaté que les patients sont facturés pour des frais d'utilisation supplémentaires. Il n'est pas surprenant, donc, que dans ces provinces les patients ont pris position afin de tenter de faire obstacle aux pratiques qui minent l'assurance-maladie publique. Deux actions en justice distinctes se déroulent présentement aux deux extrémités du pays.

Au Québec, des patients ont déposé une requête devant la Cour fédérale pour un bref de mandamus afin que le gouvernement fédéral cesse d'imposer des taxes illégales et, en Colombie-Britannique, une requête légale introduite par des patients a été accueillie par une demande reconventionnelle déposée par des cliniques privées. Dans les deux cas, des patients se sont adressés aux tribunaux afin de faire en sorte que les gouvernements fédéral et provinciaux respectent les obligations contenues dans leurs propres lois visant à protéger les patients contre les frais d'utilisation supplémentaires facturés dans les cliniques privées.

### Colombie-Britannique et la contestation judiciaire des soins de santé publics

Au début des années 2000, des cliniques de chirurgie privées à but lucratif ont commencé à ouvrir leurs portes en Colombie-Britannique.

---

<sup>9</sup> Dans le dossier de Mariel Schooff, les documents déposés devant le tribunal font valoir que non seulement on a facturé des frais à Mariel pour l'intervention, mais son médecin a également facturé le régime d'assurance-maladie public de la Colombie-Britannique pour cette même intervention. Voir *Amended petition of Mariel Schooff et al. to the*

Une fois établies, les patients ont été scandalisés d'apprendre qu'ils devaient signer des renonciations et payer des milliers de dollars pour des services de santé essentiels dans ces cliniques. Ayant eux-mêmes été facturés pour des frais d'utilisation illégaux, et préoccupés que l'on refuse de soigner d'autres patients s'ils ne pouvaient pas payer des milliers de dollars, Mariel Schooff et quatre autres patients ont intenté une poursuite contre le gouvernement de la Colombie-Britannique pour défaut d'appliquer les lois qui protègent les patients contre la surfacturation par des cliniques privées<sup>9</sup>. Cela fait plus de dix ans que les patients ont comparu. Dans les années qui ont suivi, leur cause a entraîné une série de contestations judiciaires qui culminent maintenant en Colombie-Britannique. L'enjeu ultime pourrait être l'avenir de l'assurance-maladie publique, à une seule vitesse, partout au Canada.

Le cas de la Colombie-Britannique souligne les problèmes auxquels les gouvernements sont confrontés quant au contrôle et à la surveillance une fois qu'ils ont privatisé les services hospitaliers publics. En réponse à la demande légale déposée par les patients, le gouvernement de la Colombie-Britannique a tenté de faire des audits dans les principales cliniques privées en question. Cependant, les propriétaires des cliniques ont refusé l'accès aux dossiers aux vérificateurs du gouvernement. Éventuellement, le gouvernement de la Colombie-Britannique a obtenu une ordonnance du tribunal obligeant la Clinique de chirurgie Cambie et la Specialist Referral Clinic de laisser les vérificateurs du gouvernement consulter leurs dossiers.

*Supreme Court of British Columbia* (Requête modifiée de Mariel Schooff et al. à la Cour suprême de la Colombie-Britannique) déposée le 1<sup>er</sup> octobre 2009, page 11, <http://www.bchealthcoalition.ca/sites/default/files/uploads/Petition%2BAmended%2BClinics-added%2BSept.4-09.pdf> (en anglais seulement).

L'audit, rendu public en 2012, était accablant. Un montant de près de 500 000 \$ en surfacturation a été trouvé dans un petit échantillonnage d'interventions effectuées dans les cliniques. On a constaté une double facturation d'au moins 66 000 \$ où le patient et le BC Medical Services Plan (régime d'assurance maladie de la province) ont été facturés pour la même intervention. Les patients ont été facturés illégalement à des taux beaucoup plus élevés que ce que permet le régime d'assurance-maladie public de la province – dans certains cas jusqu'à 500 pour cent plus élevé. Dans un exemple, un patient a reçu une facture de 7 215 \$ pour des services pour lesquels le régime public paye 1 288 \$. Les vérificateurs ont rapporté qu'il y avait une preuve importante indiquant « une surfacturation ... sur une base fréquente et récurrente, contrairement à ce que permet la Loi », et que la surfacturation se superposait à des demandes de remboursement faites par les médecins au régime d'assurance-maladie public<sup>10</sup>.

En réponse à l'action intentée par les patients, les cliniques privées ont intenté leur propre contestation judiciaire afin d'affaiblir les lois qui interdisent la facturation de frais supplémentaires aux patients – les lois mêmes qu'elles étaient présumées avoir enfreint. Les plaignants qui ont intenté la contestation judiciaire – Cambie Surgeries Corporation et al. c. Medical Services Commission et al. – demandent au tribunal de légaliser la surfacturation ainsi que les frais d'utilisation et de mettre fin à l'interdiction d'une assurance-maladie privée. S'ils obtiennent gain de cause, cela affectera la capacité de la *Loi canadienne sur la santé* et de chaque régime d'assurance-maladie provincial de protéger l'accès à un médecin et à des services en milieu hospitalier selon les besoins plutôt que sur la capacité de payer. La contestation judiciaire est

---

<sup>10</sup> Gouvernement de la Colombie-Britannique, Billing Integrity Program Audit and Investigations Branch du ministère de la Santé, *Specialist Referral Clinic (Vancouver) Inc. et Cambie Surgical Centre Audit Report*, juin 2012, <http://www.bchealthcoalition.ca/sites/default/files/uploads/Specialist%20Referral%20Clinic%20Inc.%20and%20Cambie%20Surgeries%20Corporation%20Audit%20Report.pdf> (en anglais seulement).

présentement entendue par la Cour suprême de la Colombie-Britannique. En avril 2016, le gouvernement fédéral a annoncé son intention d'intervenir dans la contestation judiciaire afin de protéger les soins de santé à une seule vitesse. Il s'est joint au gouvernement de la Colombie-Britannique, qui est le défendeur, aux patients, à la Coalition de la santé de la Colombie-Britannique et à Médecins canadiens pour le régime public à qui on a accordé le statut d'intervenant dans le cadre du procès.

## **Des personnes âgées du Québec déposent une requête devant le tribunal afin d'être protégés contre les frais d'utilisation supplémentaires**

En 2015, l'Assemblée nationale du Québec a modifié le projet de loi 20 afin de réglementer la surfacturation des patients, ce qui a déclenché l'indignation des défenseurs des patients et des médecins qui ont prévenu que c'était un moyen détourné de légaliser les frais d'utilisation<sup>11</sup>. En réponse, des médecins, des infirmiers et des professeurs de départements de politiques de santé ont publié une lettre implorant le gouvernement fédéral d'intervenir afin de protéger les patients contre les frais supplémentaires exorbitants qui sont facturés en plus des factures que les cliniques envoient au régime d'assurance-maladie public de la province pour des services médicaux, une pratique qu'ils décrivent comme étant « répandue » dans les cliniques privées de la province<sup>12</sup>. Les patients et leurs défenseurs ont prévenu que les frais d'utilisation étaient déjà un problème majeur et que leur légalisation créerait un régime à deux vitesses, ce qui

<sup>11</sup> Young, Huguette, « Quebec considers extra-billing » (Le Québec examine la surfacturation), *Journal de l'Association médicale canadienne*, 8 décembre 2015, vol. 187 n° 18.

<sup>12</sup> Brouselle, Astrid et Damien Contandriopolous et al. « Why Trudeau must save medicare in Quebec » (Pourquoi Justin Trudeau doit sauver le régime d'assurance-maladie au Québec), *Toronto Star*, 5 novembre 2015.

priverait de nombreuses personnes d'un accès aux soins nécessaires.

En mai 2016, la FADOQ, un regroupement de personnes âgées du Québec comptant 450 000 membres, a fait une demande à la Cour fédérale du Canada pour un bref de mandamus. Ce bref visait à forcer le gouvernement fédéral à prendre des mesures pour mettre fin à la surfacturation imposée aux patients du Québec, surfacturation qui est interdite par la *Loi canadienne sur la santé*. Finalement contrainte par les patients et leurs défenseurs à agir, la ministre fédérale de la Santé a demandé au ministre québécois de la Santé de mettre fin à toutes les pratiques de surfacturation, précisant que le paiement de transfert fédéral pour la santé serait réduit si la province ne se

conformait pas<sup>13</sup>. Le 14 septembre 2016, le ministre de la Santé de la province a annoncé que son gouvernement déposerait un projet de loi qui mettrait fin à la surfacturation d'ici au mois de janvier 2017. Selon le site Web de la RAMQ (le régime d'assurance-maladie du Québec), en date du 26 janvier 2017, les frais accessoires sont interdits et le gouvernement a fourni un moyen aux patients de déposer une plainte si on leur facture des frais accessoires<sup>14</sup>. Cependant, ce ne sont pas tous les services qui sont couverts. En effectuant de la recherche dans ce document, nous avons découvert que les IRM et d'autres imageries diagnostiques, même lorsqu'elles sont nécessaires sur le plan médical, ne sont pas couvertes si elles sont faites dans une clinique privée.

## Contestation du régime d'assurance-maladie public en Saskatchewan : Inégalité déguisée sous forme d'innovation

En novembre 2016, la ministre fédérale de la Santé, la D<sup>re</sup> Jane Philpott, a écrit au gouvernement de la Saskatchewan pour lui demander de reconsidérer l'introduction d'appareils d'IRM appartenant à des entreprises privées à but lucratif. La nouvelle *MRI Facilities Licensing Act* de la Saskatchewan est entrée en

vigueur le 29 février 2016<sup>15</sup>. En vertu de cette loi, les cliniques privées à but lucratif d'IRM peuvent facturer des frais d'utilisation aux patients pour des scintillographies nécessaires sur le plan médical, à des prix établis par les cliniques. Deux cliniques à but lucratif de Regina facturent maintenant à chaque patient en

---

<sup>13</sup> Montpetit, Jonathan, « Jane Philpott holding Québecers 'hostage' in spat over user fees, Gaétan Barrette says » (Dans un échange au sujet des frais d'utilisation, Gaétan Barrette affirme que Jane Philpott tient les Québécois en 'otage'), *CBC News*, 20 septembre 2016.

<sup>14</sup>

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/soins/Pages/frais-facture-medecin.aspx>.

<sup>15</sup> Conférence de presse du gouvernement de la Saskatchewan sur le début des cliniques privées d'IRM en Saskatchewan (*Private-pay IRM services begin in Saskatchewan*), 1<sup>er</sup> mars 2016. Remarque : le gouvernement de la Saskatchewan a depuis abrogé la loi et a présenté une nouvelle mesure législative qui non seulement permet les cliniques privées à but lucratif d'IRM, avec frais d'utilisation, mais étend également la privatisation des tomodensitogrammes. Dans la nouvelle loi, le gouvernement s'est donné le

pouvoir d'étendre davantage la privatisation et les frais d'utilisation pour les soins à deux vitesses de toute « imagerie médicale » simplement en faisant adopter un règlement par le conseil des ministres, sans vote de l'Assemblée législative sur la loi. Cela a permis au gouvernement de Brad Wall de mettre en œuvre une privatisation massive des services offerts dans les hôpitaux publics par décret. Le terme « imagerie » n'est pas défini dans la nouvelle loi mais cela pourrait inclure des diagnostics, dont des EEG, des colonoscopies, des ECG, des endoscopies, des rayons X, des ultrasons et ainsi de suite. En comité législatif, l'opposition a tenté d'adopter une modification pour retirer l'article de la loi permettant ce libre élargissement de la privatisation. Cela a été rejeté par les députés. Cela représente un très grand pas vers la pleine privatisation des hôpitaux et les soins de santé à deux vitesses en Saskatchewan.

clinique privée des frais de 900 \$ et plus par IRM, ce qui est une violation de la *Loi canadienne sur la santé*. Les cliniques doivent faire passer une scintillographie à un patient qui se trouve sur la liste d'attente du régime public pour chaque scintillographie qu'elles vendent à un patient qui paye des frais d'utilisation facturés par la clinique privée.

Dans sa lettre au gouvernement de la Saskatchewan, la ministre fédérale de la Santé a écrit que cette loi contrevient au principe selon lequel tous les Canadiens doivent avoir accès à des soins de santé nécessaires sur le plan médical, soins qui doivent être couverts par les taxes publiques. En vertu du système de santé public du Canada, l'accès aux soins nécessaires est supposé être déterminé par le besoin médical du patient, non pas être vendu contre de l'argent tout en donnant la priorité aux personnes qui ont suffisamment d'argent pour payer. Les patients ne sont pas supposés être facturés pour des soins nécessaires sur le plan médical. Les provinces doivent, en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, respecter ces principes afin de protéger un accès égal aux soins pour tous. Le ministre de la Santé de la Saskatchewan a répondu à la lettre de la ministre fédérale, défendant la privatisation par la province des scintillographies diagnostiques, ce qu'il affirme être « innovateur ». Le ministre provincial et son gouvernement ont affirmé à maintes reprises que la privatisation des IRM permet de faire deux IRM pour le prix d'une, ce

qui permet d'économiser l'argent des « contribuables » et de réduire les listes d'attente.

Mais la justification du gouvernement de la Saskatchewan pour la privatisation des IRM et l'introduction des soins de santé à deux vitesses ne résiste pas à un examen minutieux et n'est pas étayé par la preuve. Plutôt que l'entente de « deux pour un » publicisée par le gouvernement, les résidents de la Saskatchewan qui payent pour des scintillographies dans des cliniques privées payent environ trois fois le prix des IRM dans le système public d'autres provinces. Dans les systèmes de santé publics de l'Ontario et de la Colombie-Britannique, les gouvernements provinciaux ont augmenté drastiquement le nombre d'IRM afin de réduire le nombre de dossiers en attente en payant en moyenne un taux de 300 \$ par scintillographie<sup>16</sup>. Le gouvernement de la Saskatchewan a admis, lorsque questionné officiellement par le parti de l'opposition, qu'il ne réglemente pas les prix facturés par les cliniques privées pour les IRM et qu'il ne fait pas de suivi au sujet de ces prix<sup>17</sup>. À la même réunion du comité permanent au cours de laquelle on a débattu de la nouvelle loi qui étend la privatisation des IRM en Saskatchewan aux scintillographies et autres imageries médicales, le sous-ministre adjoint a affirmé que le gouvernement présume que le coût pour les soi-disant IRM « gratuites » est inclus dans les frais des IRM payés en clinique privée<sup>18</sup>. En plus des

---

<sup>16</sup> Cross, Brian, « How much health care do you use? 'You don't even think about it' » (Quel usage faites-vous des soins de santé? 'Vous n'y songez même pas'), *Windsor Star*, 9 janvier 2014; Assurance-santé de l'Ontario, *Liste des avantages et des honoraires du RAMO*, 1<sup>er</sup> avril 2015, pp F1-F3. En général, la facturation varie entre 75 \$ et 180 \$ pour les scintillographies les plus simples au plus complexes. Il y a deux observations aberrantes. Les deux scintillographies les plus complexes apparaissant dans la liste du RAMO ne sont pas effectuées dans les cliniques privées d'IRM de la Saskatchewan. Pour celles-ci, le radiologiste peut facturer autant que 285 \$; communiqué de presse du gouvernement de l'Ontario, « Réduction des temps d'attente pour les IRM à Ottawa : le gouvernement McGuinty améliore l'accès aux scintillographies diagnostiques », 31 janvier 2011; « Réduction des temps d'attente pour les IRM dans les RLIS du

centre de Toronto : investissement de 3,4 millions de dollars pour améliorer l'accès aux examens diagnostics à Toronto », 31 janvier 2011; *CTV* du sud-ouest de l'Ontario, *Magnets for new MRI arrive at CMH (Des aimants pour les nouvelles IRM au CMH)*, 13 février 2012; Richardson, Tracey, « More money for MRI/CT scans (Plus d'argent pour les IRM et les tomodensitogrammes) », *Owen Sound Sun Times*, 25 septembre 2013; gouvernement de la Colombie-Britannique, bureau de la première ministre, *Province launches IRM strategy, funds increased number of scans* (La province lance une stratégie d'IRM et finance un plus grand nombre de scintillographies), 18 novembre 2015.

<sup>17</sup> Assemblée législative de la Saskatchewan, *Compte rendu du Comité sur les ressources humaines n° 18*, 21 novembre 2016 : pp 311.

<sup>18</sup> Ibid.

frais d'utilisation supplémentaires, les résidents de la Saskatchewan payent également des impôts qui devraient couvrir le coût des scintillographies nécessaires sur le plan médical.

Qui plus est, d'après les données du gouvernement de la Saskatchewan, nous avons découvert que le nouvel appareil public d'IRM à Moose Jaw (Saskatchewan) dessert beaucoup plus de patients, et à un rythme plus soutenu, que les IRM privatisés de Regina, et ce tout en offrant des scintillographies de manière équitable à tous les patients, sans frais d'utilisation supplémentaires. À peu près en même temps qu'il a autorisé les cliniques privées de Regina à effectuer des IRM, le gouvernement provincial de la Saskatchewan a installé un nouvel appareil d'imagerie par résonance magnétique public à Moose Jaw. En nous servant des données du gouvernement, nous pouvons comparer le nombre de patients qui ont subi une IRM à l'hôpital public au nombre de patients qui en ont eu une dans les cliniques privées. Entre le 4 janvier et le 31 juillet 2016, le nouvel appareil d'imagerie par résonance magnétique public de Moose Jaw a effectué 1 294 IRM<sup>19</sup>. « À partir du moment où on les a autorisées à effectuer des IRM en clinique privée pour lesquelles les patients sont facturés, soit le 29 février 2016, jusqu'à la fin octobre 2016, alors que le ministre de la Santé de la Saskatchewan a publié ses chiffres, les deux cliniques privées de la Saskatchewan ont effectué un total combiné de 2 022 scintillographies<sup>20</sup>. Ainsi, au cours des huit mois d'opération, chaque clinique privée a effectué une moyenne de 1 011 scintillographies, ou 126 scintillographies par mois. Au cours d'une période plus courte – soit un peu moins de sept mois – le nouvel appareil d'imagerie par résonance magnétique

public de Moose Jaw a effectué 1 294 IRM, ou 185 scintillographies par mois.

Des spécialistes des politiques de santé, des médecins, d'autres partis politiques, des syndicats et des groupes de défense des patients se sont opposés à l'incursion du gouvernement de la Saskatchewan dans les soins de santé privés à but lucratif. Dans sa lettre au gouvernement provincial, la ministre fédérale de la Santé, qui est elle-même médecin, a mentionné l'inégalité créée par la loi de la Saskatchewan : ceux qui peuvent payer se retrouvent en haut de la liste, non seulement pour leurs IRM mais aussi pour les chirurgies qui suivent et les autres traitements, tandis que ceux qui ne peuvent payer doivent rester plus longtemps sur les listes d'attente puisque les ressources sont réorientées vers les riches<sup>21</sup>. Dans une lettre de décembre 2015 aux médecins de la province par l'Association médicale de la Saskatchewan, les instances dirigeantes des médecins de la Saskatchewan ont fait état des mêmes préoccupations que la ministre fédérale de la Santé et jugé le plan de cliniques privées d'IRM précipité et irréfléchi. Elles ont constaté qu'il y a une capacité inutilisée des appareils publics d'IRM en Saskatchewan qui devraient être utilisés pour offrir un meilleur accès aux scintillographies pour tous les résidents<sup>22</sup>.

Des spécialistes des politiques de santé ont fait état de leurs préoccupations à l'effet qu'il y a eu une augmentation dramatique des scintillographies inappropriées et inutiles. Ils affirment que la vente d'IRM inutiles ou inappropriées sur le plan médical est une perte de ressources qui sera aggravée, non pas améliorée, par le plan de privatisation, et ils ont recommandé que le gouvernement de la Saskatchewan travaille plus fort pour assurer la pertinence des références pour les IRM, tout en

---

<sup>19</sup> Assemblée législative de la Saskatchewan, *Compte rendu du Comité sur les ressources humaines n° 18*, 21 novembre 2016 : pp 310.

<sup>20</sup> Assemblée législative de la Saskatchewan, *Compte rendu du Comité sur les ressources humaines n° 18*, 21 novembre 2016 : pp 309.

<sup>21</sup> L'honorable Jane Philpott, ministre du Parti conservateur, *Lettre à l'honorable Jim Reiter, député*, 2 novembre 2016.

<sup>22</sup> Graham, Jennifer. « Letter shows Saskatchewan docs oppose letting people pay privately for MRIs » (Une lettre montre que les médecins de la Saskatchewan s'opposent au fait que les gens payent pour des IRM dans des cliniques privées), *La Presse canadienne*, 15 décembre 2015.

les gardant dans le système public<sup>23</sup>. Cela a été fait dans d'autres provinces afin de tenter de contenir l'augmentation astronomique de demandes pour des IRM inutiles. Ce plan, rapportent-ils, assurerait un meilleur accès à des soins nécessaires, dans les mêmes conditions, et pour moins cher, pour tous les résidents de la Saskatchewan, et ne fausserait pas l'accès aux soins pour favoriser les mieux nantis.

Les députés de l'opposition et les médias ont soulevé d'autres préoccupations au sujet de l'iniquité entre les régions urbaines et les régions rurales de la Saskatchewan. Des cliniques privées d'IRM se sont installées à

Regina, la deuxième plus grande ville de la province. Notamment, Regina compte les revenus familiaux médians les plus élevés de la province<sup>24</sup>.

Depuis la lettre de la ministre fédérale de la Santé, publiée à l'automne 2016, le gouvernement fédéral a négocié un accord bilatéral de financement de la santé avec la Saskatchewan. Aucune autre action n'a été entreprise pour mettre fin aux frais d'utilisation dans les cliniques d'IRM de la Saskatchewan et le gouvernement provincial a abrogé sa propre loi et déposé un nouveau projet de loi qui étend les frais à deux vitesses au-delà des IRM.

## Conclusion

Ceux qui ont encouragé la privatisation ont créé un ensemble d'expressions idiomatiques pour soutenir leur idéologie : « On nous dit que les gouvernements devraient 'diriger et non se disputer' », ou il devrait y avoir un « modèle acheteur-fournisseur » nécessitant l'introduction de nouvelles cliniques privées pour remplacer les hôpitaux publics. Mais alors que les cliniques privées se sont installées un peu partout au Canada, il est clair que les gouvernements ne « dirigent » pas. En facturant des frais d'utilisation, en faisant fi de la loi canadienne, les cliniques privées changent le visage du régime d'assurance-maladie public, ainsi que les chances de vie des Canadiens et leur accès aux soins nécessaires. Alors qu'elles se sont imposées dans le réseau de la santé public, leur pouvoir d'influencer la politique gouvernementale dans leur propre intérêt s'est accru.

Il est impératif que les gouvernements se rattrapent et freinent l'industrie des cliniques

privées. On enfreint les lois canadiennes aux niveaux national et provinciaux, largement sans que les gouvernements s'en mêlent. L'éthique médicale est violée alors que les médecins de certaines cliniques sont devenus des charlatans des temps modernes afin de tenter de vendre des ajouts inutiles sur le plan médical, et ce à des prix exorbitants. Le « marché » des cliniques privées s'est accru et de grandes chaînes voient le jour, propageant les frais d'utilisation supplémentaires partout au pays. Le géant multinational, Centric Health, est arrivé et a acheté quatre centres chirurgicaux au Canada, agitant le spectre des revendications en matière de commerce international à l'égard de l'assurance-maladie à une seule vitesse. Ceux qui affirment que les soins de santé privés peuvent être réglementés vont à l'encontre de la preuve manifestée partout au Canada. Après vingt ans d'expérience avec les cliniques privées, le résultat est peu reluisant.

---

<sup>23</sup> Steven Lewis, l'expert en soins de santé de *CBC News*, affirme que le plan d'IRM de la Saskatchewan créerait un système à deux vitesses, 7 mai 2015.

<sup>24</sup> Statistique Canada, CANSIM, tableau [111-0009](#). Dernière modification effectuée le 14 juillet 2016. Document consulté le 30 novembre 2016, <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/famil107a-fra.htm>, *Prosperity Saskatchewan*, Revenu des ménages à Saskatoon par

rapport à ceux de Regina, 13 février 2016 <https://prosperitysaskatchewan.ca/2014/02/13/saskatoon-vs-regina-household-income/> (en anglais seulement), et Cain, Patrick, *Global News*, « Income by Postal Code: Mapping Canada's richest and poorest neighbourhoods » (Revenu en fonction du code postal : schématisation des quartiers les plus riches et les plus pauvres au Canada), 19 mars 2013.

Bien que nous reconnaissons que le régime public d'assurance-maladie pour tous est la façon la plus efficace et la plus équitable d'offrir des soins, les critiques des politiques et des pratiques gouvernementales actuelles sont valides. Beaucoup trop souvent les gouvernements ont esquivé leur responsabilité de financer et d'organiser les hôpitaux publics afin qu'ils répondent aux besoins de la population (et pour voir à ce que l'argent serve aux soins). Ces politiques ont dépassé les limites de la compassion humaine. Elles ne sont pas éthiques et elles ne sont pas durables. Mais la solution n'est pas l'érosion inévitable des soins de santé à une seule vitesse.

Les gouvernements peuvent, s'ils le veulent, se servir de la capacité inutilisée des salles d'opération et de diagnostic des hôpitaux publics, organiser de manière plus efficace un accès aux soins, augmenter les innovations qui ont fait leurs preuves dans le réseau public et augmenter la capacité afin d'améliorer l'accès aux soins. Si les gouvernements provinciaux maximisent la capacité des salles de diagnostic et d'opération dans les hôpitaux publics et construisent des centres spécialisés publics dans le réseau des hôpitaux publics, la capacité augmenterait, les listes d'attente diminueraient et l'équité serait préservée. Si on restreint les examens inutiles, comme ce qui a été commencé avec les IRM dans certaines provinces, les fonds seraient réaffectés aux soins nécessaires. Une meilleure gestion des listes d'attente, des améliorations aux soins primaires et des innovations qui ont fait leurs preuves dans le réseau public ont fait une énorme différence là où elles ont été mises en œuvre. Les systèmes d'indemnisation des travailleurs pourraient acheter des services aux hôpitaux publics, ce qui réduirait les coûts et subventionnerait les budgets des hôpitaux plutôt que les cliniques privées. Les défenseurs des patients pourraient être vus comme étant des partenaires par les gouvernements provinciaux et fédéral afin d'aider à assurer l'équité et à assurer que les protections des patients soient respectées. Ce ne sont pas de nouvelles solutions ou des solutions radicales, elles nécessitent simplement une volonté politique.

Peu importe ce qui se produira, les Canadiens devront payer pour les soins de santé

nécessaires. Les cliniques privées sont loin d'être gratuites. En fait, notre recherche montre que les coûts sont beaucoup plus élevés dans les cliniques privées. La question qui est en jeu est de savoir si les gouvernements auront la force morale de voir à ce qu'un accès soit offert à des conditions équitables, basé sur les principes de compassion et d'inclusion sociale, ou si on permettra à la philosophie du marché privé de prévaloir, laissant les patients recevoir des factures pour ce que le marché peut supporter.

## Afin de protéger les soins de santé publics :

1. Les gouvernements fédéral et provinciaux doivent se réengager à respecter la *Loi canadienne sur la santé* et les valeurs d'équité et de compassion sur lesquelles elle est fondée. Le gouvernement fédéral doit faire respecter la *Loi canadienne sur la santé*, mettre fin aux frais d'utilisation illégaux pour les patients et imposer des sanctions aux provinces qui ne protègent pas leurs résidents.
2. Les gouvernements provinciaux doivent mettre fin à la privatisation des services offerts dans les hôpitaux publics sans but lucratif. On doit renforcer la capacité de nos hôpitaux et les services publics qui ont été coupés et supprimés des hôpitaux publics doivent être rétablis.
3. Les deux ordres de gouvernement doivent planifier de façon judicieuse afin de renforcer la capacité des hôpitaux publics à réduire les listes d'attente et à agir pour améliorer l'équité et l'accès.
4. Le gouvernement fédéral doit renverser les compressions financières imposées dans les récents accords de financement bilatéraux conclus avec les provinces et les territoires et fournir un Transfert canadien en matière de santé d'au moins 5,2 %, tel que recommandé par le Bureau du directeur parlementaire du budget, le Conference Board du Canada, le Bureau de la responsabilité financière de l'Ontario et les coalitions de la santé de partout au Canada.
5. Tous les ordres de gouvernement doivent protéger les soins de santé publics des accords commerciaux internationaux par l'entremise d'un système général d'exclusion pour tous les services de santé.

# Annexe I.

---

## La preuve

La liste qui suit comprend des commentaires provenant de notre sondage effectué auprès de 136 cliniques privées partout au Canada<sup>25</sup>. Dans le cadre de nos entrevues, nos chercheurs ont demandé aux membres du personnel des cliniques s'ils pouvaient acheter des services, si la carte d'assurance-maladie publique était nécessaire et quels étaient les coûts pour les services. Quatre-vingt-huit cliniques dans six provinces ont mentionné à nos chercheurs qu'ils facturent des frais d'utilisation aux patients et qu'ils vendent aussi des services nécessaires sur le plan médical.

---

## Total dans l'ensemble du Canada : 88

### Alberta : 8

**Medical Imaging Consultants, Edmonton**

**Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : rayon X, IRM, scintillographie, ultrason, fluoroscopie, médecine nucléaire, mammographie, ostéodensitométrie et traitement de la douleur.

(Entrevue téléphonique effectuée le 14 février 2017, à 14 h 00)

Q : Je vous appelle pour obtenir de l'information au sujet d'une IRM. Comment puis-je obtenir cette intervention à votre clinique?

R : Vous voulez qu'elle soit faite en clinique privée? (Oui) Vous devez être référé par votre médecin.

Q : Quel est le coût de l'intervention pour la région du cou? Que couvre ce coût?

R : Le coût est de 575 \$. Cela couvre le DC, nous pouvons faire envoyer le rapport à votre médecin ou, dans les 24 à 48 heures, et si vous en faites la demande, nous pouvons vous envoyer une copie des résultats par la poste.

Q : Y a-t-il des frais additionnels?

R : Le contraste coûte 250 \$. Si on détermine que l'image n'est pas suffisamment claire, ils recommanderaient un contraste, mais c'est le patient qui décide s'il souhaite en obtenir un ou non.

Q : Si je paye pour passer une IRM à votre clinique, en combien de temps puis-je passer l'IRM à votre clinique comparativement au réseau public où mon nom se retrouverait sur la liste d'attente?

R : Vous pouvez la passer plus rapidement, nous pouvons prendre un rendez-vous pour vous dans quelques jours comparativement à l'hôpital où la liste d'attente est d'environ 6 mois.

---

<sup>25</sup> Ce n'est pas une liste exhaustive de chaque clinique privée au Canada, mais un échantillonnage très important des cliniques qui existent et cela montre l'importance des frais d'utilisation supplémentaires qui sont facturés aux patients. Il est impossible pour un groupe de défense d'intérêts de déterminer avec certitude une liste de chaque clinique qui facture des frais d'utilisation supplémentaires. Dans quelques cliniques, nous n'avons pas pu obtenir d'information par téléphone ou nous n'avons pas pu obtenir de réponse claire à nos questions.

Q : Dois-je apporter ma carte d'assurance-maladie?

R : Oui nous avons besoin de votre carte d'assurance-maladie et d'une carte d'identité avec photo.

Q : Où aurait lieu l'IRM? Aurait-elle lieu à l'hôpital?

R : À la clinique.

Q : Quels sont les avantages de passer mon IRM dans une clinique privée?

R : Le plus grand avantage est que votre IRM sera effectuée beaucoup plus rapidement.

#### **Central Alberta Medical Imaging Services Ltd., Red Deer**

##### **Présumées violations à être enquêtées :**

1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical

2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : IRM, ultrason, rayon X, ostéodensitométrie, mammographie, médecine nucléaire et traitement de la douleur.

(Entrevue téléphonique effectuée le 8 novembre 2016, à 11 h 10)

Q : Que dois-je faire pour passer une IRM à votre clinique?

R : Vous avez le choix d'utiliser votre carte d'assurance-maladie de l'Alberta, ce qui sera plus long, ou vous pouvez payer un tarif fixe de 725 \$ à notre clinique privée.

Q : Ai-je besoin de la carte d'assurance-maladie?

R : Elle n'est pas nécessaire si vous choisissez l'option en clinique privée, mais vous pouvez l'apporter pour obtenir les résultats par la poste.

Q : Est-ce que ce serait différent si elle était faite à l'hôpital?

R : Oui, le délai d'attente serait beaucoup plus long à l'hôpital qu'à la clinique.

#### **Insight Medical Imaging, Edmonton**

##### **Présumées violations à être enquêtées :**

1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical

2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : rayon X, mammographie, ultrason, médecine nucléaire, IRM et scintillographie

(Entrevue téléphonique effectuée le 8 novembre 2016, à 14 h 00)

Q : Que dois-je faire pour passer une IRM à votre clinique? Quel est le coût?

R : Une référence de votre médecin de famille est nécessaire. Le coût est de 575 \$ pour l'IRM et de 250 \$ pour les injections obligatoires.

Q : Ai-je besoin de la carte d'assurance-maladie?

R : Elle n'est pas nécessaire, mais vous pouvez l'apporter pour vous assurer que l'information est la même.

Q : Y a-t-il une façon d'avancer sur la liste d'attente du réseau public? Est-ce que ce serait différent si je la passais à l'hôpital?

R : À notre clinique, vous passeriez votre IRM d'ici deux à trois jours ouvrables, comparativement aux temps d'attente dans les hôpitaux qui peuvent être de deux semaines ou plus.

#### **Mayfair Diagnostics, Calgary**

##### **Présumées violations à être enquêtées :**

1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical

2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : IRM, tomogramme, ultrason, médecine nucléaire, ostéodensitométrie, rayon X et imagerie cardiaque

(Entrevue téléphonique effectuée le 8 novembre 2016, à 14 h 15)

Q : Quel est le coût pour passer une IRM à votre clinique?

R : Une IRM normale coûtera 950 \$. Pour d'autres parties du corps, cela coûtera 550 \$. De plus, si les images doivent être rehaussées à des fins d'analyse, cela coûtera 250 \$ de plus.

Q : Puis-je payer pour passer mon IRM plus rapidement? Est-ce que ce serait différent si j'allais dans un hôpital public?

R : Oui, si vous payez pour la passer à cette clinique, cela prendra environ deux semaines pour que vous puissiez passer une IRM. C'est le moyen le plus rapide puisque les temps d'attente dans les hôpitaux peuvent être plus longs.

#### **Dominion Medical Centres, Edmonton**

##### **Présumées violations à être enquêtées :**

1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical

Services vendus : examens médicaux pour cadres (l'« examen Dominion »)

(Entrevue téléphonique effectuée le 1<sup>er</sup> février 2017)

Q : Pouvez-vous me parler de votre examen Dominion?

R : C'est un programme de dépistage préventif qui ressemble beaucoup à un examen physique complet.

Q : Est-ce que ma carte d'assurance-maladie de l'Alberta couvre l'un ou l'autre de ces services?

R : Ce n'est pas couvert. Le coût est de 1 775 \$ et c'est un examen physique complet qui comprend un examen de la prostate ou des seins, une analyse sanguine, une coloscopie virtuelle et divers IRM et tomodensitogrammes pour des frais supplémentaires de 600 \$ ou plus.

Q : Mon médecin m'a demandé de subir une IRM pour mon cou, mais le temps d'attente est trop long. Puis-je avoir un rendez-vous plus rapidement si je paye pour l'examen Dominion?

R : Une IRM coûterait 600 \$, mais si vous voulez simplement un rendez-vous plus rapidement, vous pourriez dire à votre médecin de vous prendre un rendez-vous pour une IRM dans une clinique privée.

Q : Offrez-vous des services de santé publics ou dois-je payer?

R : Nous vous enverrons les listes de prix pour les services qui sont payés et ceux qui sont couverts.

Dans un dépliant reçu par courriel, en plus de l'examen Dominion, ils offrent les services suivants : des tests d'allergie pour 240 \$, une IRM du cerveau pour 600 \$, une IRM des seins pour 900 \$, une coloscopie virtuelle pour 795 \$, une scintillographie du corps pour 1 100 \$, une évaluation cardiaque pour 675 \$, une coronarographie pour 1 450 \$ et un dépistage de la ménopause pour 105 \$.

#### **Provital Health and Wellness Ltd., Calgary**

##### **Présumées violations à être enquêtées :**

1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical

Services vendus : bilans de santé complets, soins de santé pour cadres et adhésions pour bilans de santé pour cadres

(Entrevue téléphonique effectuée le 8 novembre 2016)

Q : Je vous appelle pour avoir de l'information au sujet de votre clinique. Quels services offrez-vous?

R : Nous sommes une clinique médicale privée. Si vous allez sur notre site Web, vous trouverez de l'information au sujet de tous les services que nous offrons.

Q : Y a-t-il des frais d'adhésion?

R : Oui, il y a des frais d'adhésion pour les individus et les familles. Notre liste de prix se trouve sur notre site Web.

Q : Si je ne veux pas payer les frais d'adhésion, est-ce que je peux quand même avoir accès aux services offerts à votre clinique?

R : Si les parents payent les frais d'adhésion, les enfants de 21 ans et moins sont couverts. Les services offerts par les infirmiers et les médecins sont gratuits pour eux. Les enfants de 22 ans et plus auraient à payer le tarif complet, ils ne sont pas couverts. Les chiropraticiens et les naturopathes sont considérés comme exerçant en privé et leurs frais ne font pas partie des frais d'adhésion. Sans paiement des frais d'adhésion, vous ne pouvez pas avoir accès à ces services.

#### **The Allin Clinic, Edmonton**

##### **Présumées violations à être enquêtées :**

1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical

Services vendus : médecine familiale, médecine familiale-soins d'urgence, médecine interne, obstétrique et gynécologie, pédiatrie, chirurgie et services spécialisés

(Entrevue téléphonique effectuée le 8 novembre 2016)

Q : Je vous appelle pour avoir de l'information au sujet de votre clinique. Quels services offrez-vous?

R : Divers services médicaux primaires, comme la médecine familiale, la médecine interne et la neurologie.

Q : Y a-t-il des frais d'adhésion?

R : Il n'y a pas de frais d'adhésion.

Q : Dois-je apporter ma carte d'assurance-maladie?

R : Tous les services nécessaires sur le plan médical sont couverts par la carte d'assurance-maladie de l'Alberta. Nous offrons un examen médical effectué par une tierce partie, ce qui est un examen personnel non couvert par le régime public.

Q : Comment puis-je savoir combien coûtent ces services?

R : Les prix seront divulgués lors de la prise de rendez-vous.

(Entrevue téléphonique de suivi effectuée le 21 mars 2017)

Q : Bonjour, j'ai déjà appelé pour avoir de l'information au sujet de votre clinique, mais j'ai encore quelques questions. Vous avez dit que vous offriez un examen médical effectué par une tierce partie, combien cet examen coûte-t-il?

R : Êtes-vous un patient de notre clinique?

Q : Non. Offrez-vous l'examen médical effectué par une tierce partie uniquement à vos patients actuels?

R : Oui.

Q : Si je ne souhaite pas obtenir d'examen médical effectué par une tierce partie, puis-je quand même consulter un médecin à votre clinique?

R : Nos médecins ne prennent pas de nouveaux patients pour l'instant.

Q : Est-ce que vos patients actuels sont capables d'obtenir des services médicaux à votre clinique même s'ils ne payent pas?

R : Je l'ignore, c'est quelque chose dont ils devront discuter avec leur médecin.

#### **Preventous Collaborative Health, Calgary**

##### **Présumées violations à être enquêtées :**

1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical

Services vendus : soins de santé privés, bilan de santé complet, conseils médicaux, services en nutrition et sur la bonne forme physique, etc.

(Entrevue téléphonique effectuée le 8 novembre 2016)

Q : Je vous appelle pour avoir de l'information au sujet de votre clinique. Quels services offrez-vous?

R : Si vous consultez notre site Web, vous verrez que nous offrons des services comme des services de diététistes, des conseils sur la bonne forme physique et des soins familiaux.

Q : Y a-t-il des frais d'adhésion?

R : Oui, il y a des frais d'adhésion. Je peux vous prendre un rendez-vous pour une consultation afin que vous puissiez discuter avec Georgie et visiter la clinique.

Q : Dois-je apporter ma carte \_\_\_\_\_ (carte d'assurance-maladie provinciale)?

R : Non, vous n'avez pas besoin de votre carte d'assurance-maladie au moment de la consultation. (Et lorsque je paye les frais d'adhésion, avez-vous besoin des renseignements contenus sur ma carte d'assurance-maladie?) Non ce ne sera pas nécessaire.

Q : Comment puis-je savoir combien coûtent ces services? Avez-vous une liste de prix pour ces services?

R : Ces renseignements se trouvent sur notre site Web. (Voici ce que mentionne le site Web : « Les frais d'adhésion sont pour les services qui ne sont pas couverts par la carte d'assurance-maladie de l'Alberta. Les services médicaux qui sont couverts par la carte d'assurance-maladie de l'Alberta seront facturés au AHCIP [régime d'assurance-maladie de l'Alberta])

Q : Quel est le temps d'attente si je paye comparativement au temps d'attente si je ne veux pas payer les frais?

R : C'est Georgie qui pourra répondre à ces questions et à bien d'autres questions.

(Entrevue téléphonique de suivi effectuée le 9 novembre 2016)

Q : Est-ce que j'ai quand même accès à vos services si je ne paye pas les frais d'adhésion?

(La personne a refusé de répondre à cette question et a insisté pour que je prenne un rendez-vous pour une consultation afin de discuter avec Georgie. Elle a insisté sur le fait que cette consultation était gratuite et n'entraînait aucun frais pour ma famille.)

## Colombie-Britannique : 30

**Vancouver Island MRI, Courtenay**

**Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : IRM

(Entrevue téléphonique effectuée le 15 février 2017, à 12 h 00)

Q : Je vous appelle pour avoir de l'information au sujet d'une IRM. Que dois-je faire pour passer une IRM à votre clinique?

R : Vous devez être référé par votre médecin, puis nous vous appelons pour prendre un rendez-vous.

Q : Combien coûte l'intervention? Que couvre ce coût?

R : Le coût est de 875 \$ pour une intervention de routine. On vous remet un disque contenant les images et un rapport écrit est envoyé à votre médecin dans un délai de deux à quatre jours.

Q : Y a-t-il des frais additionnels?

R : Non, le prix est un tarif fixe.

Q : Si je paye pour passer une IRM à votre clinique, en combien de temps puis-je la passer comparativement au réseau public où mon nom se retrouverait sur la liste d'attente?

R : Vous pouvez passer l'IRM immédiatement, alors que dans les hôpitaux du réseau public du MSP (régime d'assurance-maladie de la province) nos patients disent que la liste d'attente varie entre six mois et deux ans selon le type d'IRM. Nous pouvons prendre un rendez-vous dans la semaine ou au pire dans deux semaines.

Q : Ai-je besoin de la carte d'assurance-maladie?

R : Non.

Q : Où l'IRM aurait-elle lieu?

R : À la clinique.

**Canadian Diagnostic Centres, Vancouver**

**Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : IRM, scintillographies

(Entrevue téléphonique effectuée le 16 novembre 2016)

Q : Je vous appelle pour avoir de l'information au sujet d'une IRM à votre clinique. Quel est le coût de l'intervention?

R : La scintillographie elle-même coûte 900 \$, et cela comprend un rapport rédigé par les techniciens et un DC.

Q : Y aura-t-il des frais supplémentaires?

R : Si vous avez besoin d'injections pour rehausser l'image, le coût sera de 225 \$.

Q : Ai-je besoin de la carte d'assurance-maladie?

R : Non.

Q : Puis-je passer mon IRM plus rapidement? Y a-t-il une façon de passer plus vite sur la liste d'attente?

R : La meilleure façon de passer une IRM et de subir toute intervention médicale plus rapidement est de payer pour les services.

Q : Est-ce que ce serait différent si je la passais à l'hôpital?

R : À l'hôpital, cela prendrait des mois, alors qu'à la clinique cela ne prendrait que quelques jours.

**AIM Medical Imaging, Vancouver**

**Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : IRM de tout le corps

(Entrevue téléphonique effectuée le 16 novembre 2016)

Q : Je vous appelle pour avoir de l'information au sujet d'une IRM à votre clinique. Quel est le coût de l'intervention?

R : L'intervention de routine coûte 825 \$ et cela comprend la scintillographie, l'interprétation du radiologiste et une clé USB, ainsi que les rapports d'IRM.

Q : Y aura-t-il des frais additionnels?

R : Si nécessaire, les contrastes coûteraient 225 \$.

Q : Ai-je besoin de la carte d'assurance-maladie?

R : Non.

Q : Puis-je passer mon IRM plus rapidement? Est-ce que ce serait différent si j'allais à l'hôpital?

R : Oui, c'est plus rapide en clinique privée; cela prendrait de deux à trois jours avec une référence d'un médecin. Pas d'attente pendant des semaines comme dans le réseau public. Dans le réseau public, vous pouvez attendre pendant plus d'un an pour avoir les rapports.

**Canadian Magnetic Imaging, Vancouver**

**Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : IRM et ultrason

(Entrevue téléphonique effectuée le 16 novembre 2016)

Q : Je vous appelle pour avoir de l'information au sujet d'un IRM à votre clinique. Quel est le coût de l'intervention?

R : Votre médecin doit nous envoyer une référence par télécopieur ou par courriel, ensuite cela prendra de deux à trois jours ouvrables. L'intervention normale coûte 895 \$.

Q : Qu'est-ce qui est couvert dans le coût?

R : Une scintillographie de routine, une copie des images sur DC et l'interprétation des résultats.

Q : Ai-je besoin de la carte d'assurance-maladie?

R : Non.

Q : Puis-je payer pour passer mon IRM plus rapidement qu'à l'hôpital?

R : Oui et ce sera plus rapide.

**Nanaimo MRI, Nanaimo**

**Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Service vendu : IRM

(Entrevue téléphonique effectuée le 16 novembre 2016)

Q : Que est le coût pour passer une IRM à votre clinique?

R : 875 \$ et cela couvre les rapports du radiologiste et le DC contenant les rapports.

Q : Y a-t-il des frais additionnels? Quels sont-ils?

R : L'injection de colorants coûterait 225 \$ et ce serait 250 \$ de plus pour la hanche et le poignet.

Q : Ai-je besoin de la carte d'assurance-maladie?

R : Aucune carte d'assurance-maladie n'est nécessaire, mais c'est bien de l'avoir à titre informatif dans vos dossiers médicaux.

Q : Puis-je payer pour passer mon IRM plus rapidement qu'à l'hôpital?

R : Avec nous, vous passeriez votre IRM dans un délai d'une semaine. Dans le réseau public, cela peut prendre de un mois à un an.

**Fraser Valley MRI Clinic, Abbotsford**

**Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Service vendu : IRM

(Entrevue téléphonique effectuée le 16 novembre 2016)

Q : Que dois-je faire pour passer une IRM à votre clinique?

R : Vous devez être référé par votre médecin pour prendre un rendez-vous et vous partez avec les images en mains dans les deux jours environ.

Q : Ai-je besoin de la carte d'assurance-maladie?

R : Non.

Q : Quel est le coût de l'intervention?

R : 750 \$ et cela comprend la lecture des rapports et un DC que l'on vous remet le même jour.

Q : Puis-je payer pour passer mon IRM plus rapidement qu'à l'hôpital?

R : Dans le réseau public, cela prend de huit mois à un an environ.

**Surrey MRI, Surrey**

**Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Service vendu : IRM

(Entrevue téléphonique effectuée le 16 novembre 2016)

Q : Que dois-je faire pour passer une IRM à votre clinique?

R : Vous devez être référé par votre médecin et, une fois que nous aurons reçu le papier, nous pourrions vous donner un rendez-vous dans la journée qui suit.

Q : Ai-je besoin de la carte d'assurance-maladie?

R : Oui, vous avez besoin de votre carte d'assurance-maladie.

Q : Quel est le coût de l'intervention? Qu'est-ce que cela couvre?

R : 650 \$ et cela comprend les rapports, l'interprétation du radiologiste et une clé USB contenant les images que l'on vous remet.

Q : Y aura-t-il des frais additionnels?

R : Les injections, si elles sont nécessaires, coûteraient 250 \$.

**Image One MRI Clinic, Kelowna**

**Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Service vendu : IRM

(Entrevue téléphonique effectuée le 16 novembre 2016)

Q : Quel est le coût d'une IRM? Qu'est-ce que cela couvre?

R : 895 \$ et cela comprend l'IRM et un DC pour les dossiers du patient.

Q : Ai-je besoin de la carte d'assurance-maladie?

R : Non.

Q : Puis-je passer mon IRM plus rapidement? Y a-t-il une façon de passer plus vite si mon nom est sur la liste d'attente?

R : Le processus public est fondé sur la priorité. Selon la gravité, cela peut prendre jusqu'à neuf mois. Pour les cliniques privées, peu importe la gravité, cela peut prendre quelques jours seulement pour obtenir un rendez-vous.

Q : Est-ce que ce serait différent si je passais mon IRM à l'hôpital?

R : À notre clinique, nous faisons plus d'imageries parce que nous avons le temps. Les IRM faites à la clinique prennent 40 minutes, tandis que dans le réseau public, les IRM effectuées dans les hôpitaux prennent seulement de 20 à 30 minutes.

#### **Access MRI, Surrey**

##### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Service vendu : IRM

(Entrevue téléphonique effectuée le 16 novembre 2016)

Q : Quel est le coût d'une IRM? Qu'est-ce que cela couvre?

R : 595 \$ et cela comprend la scintillographie, l'interprétation et un DC.

Q : Ai-je besoin de la carte d'assurance-maladie?

R : Nous en avons besoin à titre d'identification afin de consulter vos dossiers pour référence future.

Q : Puis-je payer pour passer mon IRM plus rapidement? Est-ce que ce serait différent si je passais par l'hôpital?

R : Dans le réseau public, cela prendrait entre deux mois et deux ans. Dans notre clinique, cela pourrait prendre jusqu'à deux jours pour avoir un rendez-vous.

#### **MedRay MRI, Vancouver**

##### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Service vendu : IRM

(Entrevue téléphonique effectuée le 16 novembre 2016)

Q : Quel est le coût d'une IRM? Qu'est-ce que cela couvre?

R : 700 \$ et cela comprend l'IRM, l'interprétation et un DC pour les dossiers du patient. Il n'y a pas de frais additionnels.

Q : Ai-je besoin de la carte d'assurance-maladie?

R : Non.

Q : Puis-je payer pour passer mon IRM plus rapidement? Est-ce que ce serait différent si je passais par l'hôpital?

R : À notre clinique, cela prend quelques jours. Dans le réseau public, cela varie selon le niveau de gravité.

#### **False Creek Diagnostics Centre, Vancouver**

##### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : IRM, tomodensitogrammes, ultrason, rayon X, biopsie, pathologie

(Entrevue téléphonique effectuée le 16 novembre 2016)

Q : Quel est le coût d'une IRM? Qu'est-ce que cela couvre?

R : Le tarif fixe est entre 895 \$ et 1 075 \$ et cela comprend l'IRM et une interprétation du rapport d'un radiologiste.

Q : Ai-je besoin de la carte d'assurance-maladie?

R : Non.

Q : Puis-je payer pour passer mon IRM plus rapidement? Est-ce que ce serait différent si je passais par l'hôpital?

R : Oui, si vous payez, vous pouvez contourner la liste d'attente. Vous pouvez prendre un rendez-vous pour voir le radiologue dans un délai d'une semaine. Dans le réseau public, cela peut prendre d'un mois à un an.

### **Welcome Back MRI & Pain Management, Kamloops**

#### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : interventions de diagnostic, physiothérapie, consultations avec des médecins spécialistes et traitement de la douleur

(Entrevue téléphonique effectuée le 16 novembre 2016)

Q : Quel est le coût d'une IRM? Qu'est-ce que cela couvre?

R : 995 \$ par partie du corps. Un dépôt de 250 \$ est nécessaire et il y a un coût de 75 \$ pour un examen effectué avant l'imagerie.

Q : Puis-je payer pour passer mon IRM plus rapidement? Est-ce que ce serait différent si je passais par l'hôpital?

R : Dans le réseau public, le temps d'attente serait de six à douze mois. Dans notre clinique privée, cela prendrait trois jours.

Q : Qui fait l'examen?

R : Des radiologues d'un hôpital se rendent de l'hôpital à la clinique pour effectuer les interventions.

### **West Coast Medical Imaging, Victoria**

#### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : IRM, rayon X, ultrason

(Entrevue téléphonique effectuée le 28 mars 2017)

Q : Je vous appelle pour avoir de l'information au sujet d'une IRM. Que dois-je faire pour avoir cette intervention à votre clinique?

R : Vous devez être référé par votre médecin et, une fois que nous aurions reçu le papier, nous vous appellerions pour prendre un rendez-vous.

Q : Puis-je payer pour passer une IRM à votre clinique?

R : Oui, nous avons deux emplacements. Dans le centre-ville, nous avons un appareil plus récent, alors le coût est de 995 \$ et, à l'autre emplacement, le coût est de 875 \$.

Q : En combien de temps puis-je la passer à votre clinique comparativement à l'hôpital?

R : Nous pouvons vous donner un rendez-vous dans la semaine. J'ignore à quoi ressemble la liste d'attente à l'hôpital, cela dépend de l'urgence du cas.

Q : Généralement, est-ce que c'est plus rapide de le passer en clinique privée?

R : Probablement.

Q : Y a-t-il des frais additionnels?

R : Cela dépend si une injection est nécessaire, auquel cas cela coûterait 225 \$ de plus.

Q : Dois-je apporter ma carte d'assurance-maladie?

R : Non, parce que nous sommes une clinique privée. Une carte d'assurance-maladie serait utilisée uniquement à des fins d'identification.

Q : À quel endroit l'IRM serait-elle passée? Est-ce que ce serait à l'hôpital?

R : À la clinique.

Q : Quels sont les avantages de passer une IRM dans une clinique privée?

R : On vous remet un DC des images, c'est compris dans le prix.

#### **North Shore Medical Imaging, Vancouver**

##### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : IRM, ultrason, échographie prénatale, clarté nucale, rayon X et mammographie

(Entrevue téléphonique effectuée le 28 mars 2017)

Q : Je vous appelle pour avoir de l'information au sujet d'une IRM. Que dois-je faire pour avoir cette intervention à votre clinique?

R : Vous devez nous envoyer un billet de votre médecin ou votre médecin peut l'envoyer par télécopieur, puis nous vous appellerons pour prendre un rendez-vous.

Q : Puis-je payer pour passer mon IRM plus rapidement à votre clinique comparativement à l'hôpital?

R : Oui, nous offrons seulement des services d'IRM privés. L'IRM coûte 895 \$ sans taxe.

Q : À quelle rapidité puis-je passer mon IRM?

R : Nous pouvons vous donner un rendez-vous cette semaine; à l'hôpital cela prendrait de six à neuf semaines pour passer une IRM.

Q : Dois-je apporter ma carte d'assurance-maladie?

R : Non puisque vous payez vous même les frais, elle ne sera pas nécessaire.

Q : À quel endroit l'IRM serait-elle passée? Est-ce que ce serait à l'hôpital?

R : À la clinique.

#### **Valley Laser Eye Surgery, Abbotsford**

##### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : chirurgie de la cataracte, chirurgie au laser et autres services de chirurgie de l'œil

(Entrevue téléphonique effectuée le 8 mars 2017)

Q : Je vous appelle pour avoir de l'information au sujet d'une chirurgie de la cataracte pour ma mère. Que doit-elle faire pour avoir cette intervention à votre clinique?

R : Elle devra être référée par un optométriste ou son médecin de famille.

Q : Serait-il possible de payer séparément pour qu'elle soit opérée plus rapidement comparativement à l'hôpital?

R : Si vous vous faites opérer à l'hôpital, tous les frais sont couverts par le régime d'assurance-maladie. Il y a présentement une période d'attente de huit mois à partir de la date de la consultation. Si vous vous faites opérer en clinique privée, le temps d'attente est de quatre à six semaines à partir de la date de la consultation.

Q : A-t-elle besoin de sa carte d'assurance-maladie?

R : Oui elle aura besoin de sa carte d'assurance-maladie pour les deux options.

Q : Y a-t-il des frais – pour les examens ou autre chose?

R : Pour une chirurgie à notre clinique, l'intervention de base que vous subiriez à l'hôpital coûte 1 000 \$ par œil. Si vous choisissez notre option de chirurgie au laser, pour laquelle nous utilisons le laser plutôt qu'un scalpel comme à l'hôpital, plus des lentilles correctrices, le prix varie entre 2 000 \$ par œil et 4 500 \$ par œil.

Q : Si ma mère décide de subir sa chirurgie de la cataracte en clinique privée, elle n'aurait pas besoin d'apporter sa carte d'assurance-maladie puisque qu'elle devra payer?

R : Elle doit quand même l'apporter parce qu'une partie des frais de la chirurgie effectuée en clinique privée est facturée à la province, et le reste des frais est facturé au patient.

#### **Anderson Eye Surgery, Langley**

##### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : chirurgie de la cataracte et implants oculaires

(Entrevue téléphonique effectuée le 7 février 2017)

Q : Je vous appelle pour avoir de l'information au sujet d'une chirurgie de la cataracte pour ma mère. Que doit-elle faire pour avoir cette intervention à votre clinique?

R : Elle doit être référée par son optométriste ou son médecin de famille.

Q : Quel est le temps d'attente pour une chirurgie à votre clinique?

R : Neuf mois pour la chirurgie et trois mois pour la consultation.

Q : Serait-il possible de payer séparément pour qu'elle soit opérée plus rapidement comparativement à l'hôpital?

R : Nous avons un programme privé dont le temps d'attente est de trois mois. Le MPS couvrira les frais de la chirurgie, mais le patient doit payer 950 \$ par œil à titre de coûts administratifs. Le patient paiera pour les lentilles.

Q : A-t-elle besoin de sa carte d'assurance-maladie?

R : Oui.

Q : Y a-t-il des frais – pour les examens ou autre chose?

R : Il y a trois examens. Deux sont couverts par le MSP, mais le patient paye pour la « scintillographie par amplitude » (A-scan) qui détermine le type de lentille nécessaire.

(Entrevue téléphonique effectuée le 9 novembre 2016)

Q : Quel est le coût de la chirurgie de la cataracte à votre clinique?

R : La chirurgie peut être effectuée dans le réseau public ou dans une clinique privée. Le MSP (régime provincial) couvre la consultation et l'intervention avec des lentilles standards. Pour l'option en clinique privée, la chirurgie coûterait 2 000 \$ au total.

#### **Victoria Eye**

**\*Remarque : il y a plusieurs cliniques avec des noms semblables qui sont situées à Victoria et elles ne font pas toutes des chirurgies de la cataracte privées. La clinique avec laquelle nous avons parlé est située au 1537, avenue Hilside, Victoria**

##### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : chirurgie de la cataracte, échange de lentilles réfractives et kératoplastie conductive

(Entrevue téléphonique effectuée le 8 mars 2017)

Q : Je vous appelle pour avoir de l'information au sujet d'une chirurgie de la cataracte pour ma grand-mère. Que doit-elle faire pour avoir cette intervention à votre clinique?

R : Elle doit être référée par son optométriste ou son médecin de famille.

Q : Serait-il possible de payer séparément pour qu'elle soit opérée plus rapidement comparativement à l'hôpital?

R : Le temps d'attente à notre clinique est de un à trois mois après la consultation, et pour une chirurgie dans un hôpital du réseau public, le temps d'attente est de un à deux ans.

Q : A-t-elle besoin de sa carte d'assurance-maladie?

R : Oui, elle en a besoin parce que nous soumettrons la carte pour voir si la province couvrira certains frais et aussi pour avoir la carte dans nos dossiers.

Q : Combien coûte l'intervention?

R : La chirurgie de base coûte de 1 200 \$ à 5 500 \$ par œil dépendant de l'utilisation du laser et du type de lentilles.

Q : Y a-t-il des frais – pour les examens ou autre chose?

R : Les examens sont inclus dans le prix.

### **Boyd Vision, Burnaby**

#### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : chirurgie de la cataracte, échange de lentilles réfractives, implants de lentilles, chirurgie au laser et autres services de chirurgie de l'œil

(Entrevue téléphonique effectuée le 7 mars 2017)

Q : Je vous appelle pour avoir de l'information au sujet d'une chirurgie de la cataracte pour ma grand-mère. Que doit-elle faire pour avoir cette intervention à votre clinique?

R : Nous faisons des chirurgies de la cataracte dans le réseau hospitalier public et en clinique privée.

Q : Quel est le temps d'attente pour une chirurgie à votre clinique?

R : Le temps d'attente est de trois à quatre mois si vous choisissez de la subir à l'hôpital. Mais le temps d'attente est d'un mois si vous choisissez de l'avoir à notre clinique privée.

Q : Serait-il possible de payer séparément pour qu'elle soit opérée plus rapidement comparativement à l'hôpital?

R : Oui. Si vous choisissez de vous faire opérer à l'hôpital, le MSP de la Colombie-Britannique paiera. Si vous choisissez de la subir dans une clinique privée, c'est le patient qui paye.

Q : A-t-elle besoin de sa carte d'assurance-maladie?

R : Oui, pour payer pour les examens et les frais pour obtenir une référence d'un médecin.

Q : Y a-t-il des frais – pour les examens ou autre chose? Ces frais payent pour quoi exactement?

R : À l'hôpital, le MSP de la Colombie-Britannique paye pour la chirurgie mais le patient paye pour de meilleures lentilles. Une chirurgie de la cataracte en clinique privée coûte 1 500 \$ par œil et on facture le patient directement. Pour les lentilles pour la vision éloignée ou les lentilles correctrices, le coût est de 2 000 \$ par œil, et pour des lentilles correctrices pour la vision éloignée et la vision rapprochée, cela coûte 3 250 \$ par œil. Ces lentilles font qu'il est dorénavant inutile de porter des lunettes.

Q : Y a-t-il une façon de voir votre chirurgien dans un hôpital pour une consultation gratuite?

R : Vous devrez être référé par un optométriste ou un médecin pour consulter le médecin à l'hôpital. Le MSP de la Colombie-Britannique paye pour cette référence.

### **Ambulatory Surgical Centre, Vancouver**

#### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : interventions générales, chirurgie orthopédique, chirurgie cosmétique, chirurgie plastique et chirurgie reconstructive

(Entrevue téléphonique effectuée le 16 novembre 2016, à 12 h 14)

Q : Je vous appelle pour avoir de l'information au sujet d'une chirurgie pour une rupture du LCA pour mon père. Que doit-il faire pour avoir cette intervention à votre clinique?

R : Une fois que nous aurons reçu l'imagerie médicale, nous pourrions lui donner un rendez-vous pour une consultation avec le chirurgien orthopédiste à notre clinique. Les frais pour la

consultation sont de 700 \$ et les frais pour la chirurgie s'élèveraient entre 5 000 \$ et 7 000 \$ uniquement pour la chirurgie.

Q : Doit-il être référé par un optométriste ou un médecin?

R : Non parce que nous sommes strictement une clinique privée, les références ne sont pas nécessaires.

Q : Peut-il payer pour se faire opérer plus rapidement au genou à votre clinique plutôt que de se retrouver sur la liste d'attente?

R : Absolument, il pourrait se faire opérer ce mois-ci.

Q : Doit-il apporter sa carte d'assurance-maladie?

R : Oui à des fins d'identification.

Q : Est-il possible de voir le même chirurgien à l'hôpital?

R : Vous seriez obligé de voir ce chirurgien à cet hôpital.

### **Cambie Chirurgie Centre, Vancouver**

#### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : chirurgie orthopédique, chirurgie plastique et chirurgie cosmétique, gynécologie, chirurgie générale, ophtalmologie, urologie, etc.

(Entrevue téléphonique effectuée le 9 novembre 2016, à 14 h 19)

Q : Je vous appelle pour avoir de l'information au sujet d'une chirurgie pour une rupture du LCA pour mon père. Que doit-il faire pour avoir cette intervention à votre clinique?

R : Le chirurgien examinerait l'information au sujet de l'imagerie médicale de son genou avant la consultation. Les frais pour la consultation sont de 550 \$ et la chirurgie coûte entre 6 000 \$ et 10 000 \$.

Q : Doit-il être référé par un médecin?

R : Non, l'intervention est effectuée dans une clinique privée, alors les références ne sont pas nécessaires.

Q : Doit-il apporter sa carte d'assurance-maladie?

R : Oui.

Q : Peut-il payer pour se faire opérer plus rapidement au genou à votre clinique plutôt que de se retrouver sur la liste d'attente du réseau public?

R : Oui, l'intervention serait faite en clinique privée. Une fois que notre médecin aurait transmis l'information et évalué qu'il est un bon candidat pour une chirurgie, un rendez-vous pour la chirurgie serait donné dans un délai de deux à cinq semaines.

### **Comox Valley Surgical Associates, Comox Valley**

#### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : orthopédie, anesthésiologie, ophtalmologie, chirurgie plastique et urologie

(Entrevue téléphonique effectuée le 9 novembre 2016)

Q : Je vous appelle pour avoir de l'information au sujet d'une chirurgie pour une rupture du LCA pour mon père. Que doit-il faire pour avoir cette intervention à votre clinique?

R : Nous lui donnerions un rendez-vous avec un de nos chirurgiens orthopédistes pour une consultation, ce qui coûterait 500 \$, et ce rendez-vous pourrait avoir lieu aussi rapidement que la semaine prochaine. Ils décideraient s'il est un bon candidat pour une chirurgie et le prix dépendrait des dommages au genou. Le coût de l'intervention varierait entre 8 000 \$ et 12 000 \$.

Q : Peut-il payer pour se faire opérer plus rapidement à votre clinique plutôt que de se retrouver sur la liste d'attente du réseau public?

R : Oui s'il est un bon candidat pour une chirurgie. Alors nous pourrions lui donner un rendez-vous pour se faire opérer dans le mois qui suit.

Q : Doit-il apporter sa carte d'assurance-maladie?

R : Oui mais uniquement à des fins d'identification.

Q : Y a-t-il des frais additionnels?

R : Les frais de 8 000 \$ à 12 000 \$ pour l'intervention incluent les frais de l'anesthésiste, les frais du chirurgien, les frais pour les infirmiers dans la salle d'opération et les frais pour le rétablissement. Les attelles sont également comprises. Il y a aussi une machine à glace (« polar calf ») qui est vraiment efficace pour diminuer l'inflammation et la douleur, mais elle n'est pas incluse et le coût est de 300 \$ additionnel.

Q : Est-il possible de voir le même chirurgien à l'hôpital sans devoir payer de frais?

R : Tous nos chirurgiens travaillent à l'hôpital et font des chirurgies dans des cliniques privées en plus.

### **Kamloops Surgical Centre, Kamloops**

#### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : chirurgie orthopédique, chirurgie cosmétique, dentisterie, chirurgie générale et neurochirurgie

(Entrevue téléphonique effectuée le 9 novembre 2016)

Q : Je vous appelle pour avoir de l'information au sujet d'une chirurgie pour une rupture du LCA pour mon père. Que doit-il faire pour avoir cette intervention à votre clinique?

R : Il y aurait d'abord une consultation privée qui coûte 300 \$ et, en général, une chirurgie pour une rupture du LAC coûterait entre 6 000 \$ et 8 000 \$. Ce montant pourrait être plus élevé s'il y avait des frais d'établissement supplémentaires.

Q : Doit-il être référé par un médecin?

R : Non, ce n'est pas nécessaire.

Q : Doit-il apporter sa carte d'assurance-maladie?

R : Oui il devra l'apporter.

Q : Peut-il payer pour se faire opérer plus rapidement à votre clinique plutôt que de se retrouver sur la liste d'attente du réseau public?

R : Selon l'horaire du médecin, le délai pour un rendez-vous pourrait être entre quatre et six semaines après la date de la consultation.

Q : Est-il possible de voir le même chirurgien à l'hôpital sans devoir payer de frais?

R : S'il choisit de se faire opérer par l'entremise du MSP, son médecin de famille devra alors le référer.

### **New Westminster Surgical Centre, New Westminster**

#### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : chirurgie orthopédique, chirurgie plastique et reconstructive, chirurgie générale, coloscopie et toute autre intervention d'endoscopie

(Entrevue téléphonique effectuée le 9 novembre 2016, à 15 h 25)

Q : Je vous appelle pour avoir de l'information au sujet d'une chirurgie pour une rupture du LCA pour mon père. Que doit-il faire pour avoir cette intervention à votre clinique?

R : Tout ce dont nous avons besoin ce sont ses rapports médicaux et ses rayons X. Nous lui donnerions un rendez-vous pour une consultation avec un orthopédiste, ce qui coûte 55 \$. L'intervention pour une rupture du LCA coûterait 8 900 \$, et tout est inclus dans le coût.

Q : Peut-il payer pour se faire opérer plus rapidement à votre clinique plutôt que de se retrouver sur la liste d'attente du réseau public?

R : Oui, absolument. S'il voulait être référé par son médecin de famille et se faire opérer dans le réseau public, la liste d'attente est de deux ans. Mais s'il voulait se faire opérer dans une clinique privée, nous pourrions lui donner un rendez-vous pour la chirurgie dans un délai de deux à quatre semaines.

Q : Doit-il apporter sa carte d'assurance-maladie?

R : La carte du MSP serait nécessaire uniquement à des fins d'identification; elle est nécessaire une fois qu'ils décident qu'il doit se faire opérer. Cette décision doit être approuvée par les autorités médicales.

Q : Y a-t-il des frais additionnels?

R : Le coût de l'intervention comprend tous les frais. Nous recommandons l'appareil d'application de glace, dont le coût est de 165 \$.

Q : Est-il possible de voir le même chirurgien à l'hôpital sans devoir payer de frais?

R : Aucun chirurgien n'a un intérêt financier à travailler à la clinique. Les médecins sont légalement tenus de travailler dans le réseau public et d'être membres de l'Ordre des médecins.

#### **Okanagan Health Surgical Centre, Kelowna**

##### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : orthopédie, chirurgie générale, chirurgie plastique et gynécologie

(Entrevue téléphonique effectuée le 16 novembre 2016, à 12 h 45)

Q : Je vous appelle pour avoir de l'information au sujet d'une chirurgie pour une rupture du LCA pour mon père. Que doit-il faire pour avoir cette intervention à votre clinique?

R : Il doit être référé par son médecin de famille et une consultation avec notre chirurgien orthopédiste coûterait 350 \$. S'il est un bon candidat à la chirurgie, alors le prix pourrait varier entre 8 000 \$ et 12 000 \$. Cela comprend tous les frais d'établissement, les frais pour le personnel et les frais pour l'anesthésiologiste.

Q : Peut-il payer pour se faire opérer plus rapidement au genou à votre clinique?

R : Oui, absolument.

Q : Doit-il apporter sa carte d'assurance-maladie?

R : Oui, nous devons avoir une copie de sa carte d'assurance-maladie dans nos dossiers et aussi l'avoir au cas où des médicaments seraient nécessaires.

#### **Prince George Surgical Centre, Prince George**

##### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : orthopédie, chirurgie de la cataracte, chirurgie cosmétique, chirurgie générale et anesthésiologie

(Entrevue téléphonique effectuée le 9 novembre 2016, à 16 h 36)

Q : Je vous appelle pour avoir de l'information au sujet d'une chirurgie pour une rupture du LCA pour mon père. Que doit-il faire pour avoir cette intervention à votre clinique?

R : Il doit d'abord et avant tout être référé par son médecin de famille, puis on lui donnerait un rendez-vous pour une consultation à notre clinique. Les frais de la consultation sont de 400 \$ et cela comprend un suivi avec le chirurgien dans les six mois qui suivent.

Q : Peut-il payer pour se faire opérer plus rapidement à votre clinique plutôt que de se retrouver sur la liste d'attente du réseau public?

R : Oui bien entendu. Le rendez-vous pour l'intervention serait donné dans les six semaines suivant la date de la consultation.

Q : A-t-il besoin de sa carte d'assurance-maladie?

R : Oui, il devra l'apporter.

Q : Est-il possible de voir le même chirurgien à l'hôpital sans devoir payer de frais?

R : Les chirurgiens qui travaillent à la clinique travaillent tous dans les hôpitaux.

### **White Rock Orthopedic Surgery Centre, White Rock**

#### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : chirurgie orthopédique

(Entrevue téléphonique effectuée le 16 novembre 2016, à 12 h 29)

Q : Je vous appelle pour avoir de l'information au sujet d'une chirurgie pour une rupture du LCA pour mon père. Que doit-il faire pour avoir cette intervention à votre clinique?

R : Il doit être référé par son médecin de famille. S'il souhaite se faire opérer en clinique privée, alors le médecin de famille doit l'indiquer sur son papier. S'il veut un rendez-vous rapide, il peut prendre un rendez-vous pour une consultation, ce qui coûte 400 \$. La chirurgie pour une rupture du LCA coûterait 7 300 \$ et cela comprend les frais d'établissement et les frais pour le personnel.

Q : A-t-il besoin de sa carte d'assurance-maladie?

R : Non, il n'a pas besoin de l'apporter.

Q : Peut-il payer pour se faire opérer plus rapidement à votre clinique?

R : Oui, après sa consultation, nous pouvons lui donner un rendez-vous dans la semaine ou les deux semaines qui suivent.

Q : Y a-t-il des frais additionnels?

R : Il y a des frais pour les médicaments anesthésiants et les médicaments post-opératoires, soit 300 \$.

### **Langley Surgical Centre, Langley**

#### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : chirurgie arthroscopique des articulations, chirurgie de la cataracte, traitement de la douleur et traitement des hernies

(Entrevue téléphonique effectuée le 28 février 2017, à 14 h 45)

Q : Je vous appelle pour avoir de l'information au sujet d'une chirurgie pour une rupture du LCA pour mon père. Que doit-il faire pour avoir cette intervention à votre clinique?

R : Nous sommes une clinique privée, aucun de nos services n'est couvert. Votre médecin de famille doit m'envoyer une référence par télécopieur et je communiquerai avec vous pour prendre un rendez-vous.

Q : Peut-il payer pour se faire opérer au genou plus rapidement à votre clinique plutôt que d'attendre pour se faire opérer à l'hôpital?

R : Cela dépend du nombre de patients d'un chirurgien en particulier. Après une consultation privée, il a le choix de se faire opérer dans une clinique privée ou de passer par le réseau public.

Q : En général, est-ce que c'est plus rapide de se faire opérer à votre clinique?

R : Oui.

Q : Doit-il apporter sa carte d'assurance-maladie?

R : La carte d'assurance-maladie est un identifiant unique, elle est utilisée à des fins d'identification.

(La personne a refusé de répondre à d'autres questions et a raccroché)

(Entrevue téléphonique effectuée avec un membre du personnel le 9 novembre 2016, à 15 h 56)

Q : Je vous appelle pour avoir de l'information au sujet d'une chirurgie pour une rupture du LCA pour mon père. Que doit-il faire pour avoir cette intervention à votre clinique?

R : Le prix de la consultation serait de 385 \$ et nous avons différents chirurgiens.

Q : Doit-il être référé par son médecin?

R : Non, ce n'est pas nécessaire.

Q : Peut-il payer pour se faire opérer au genou plus rapidement à votre clinique plutôt que de se retrouver sur la liste d'attente du réseau public?

R : Oui, la chirurgie pour un LCA coûterait à peu près 10 000 \$.

Q : Doit-il apporter sa carte d'assurance-maladie? (Carte provinciale – mentionnez celle de la province où vous appelez)

R : Oui pour la consultation. La carte d'assurance-maladie compte une série de numéros unique, elle serait donc utilisée à des fins d'identification. Mais il n'est pas obligé d'apporter sa carte s'il ne veut pas.

Q : Y a-t-il des frais – pour les examens ou autre chose?

R : Tous les frais d'établissement, d'anesthésiologie et de chirurgie sont inclus dans le coût qui varie entre 6 000 \$ et 8 000 \$.

Q : Où la chirurgie aurait-elle lieu? Est-ce que ce serait à l'hôpital?

R : La chirurgie serait effectuée à la clinique.

Q : Qui s'occupe de l'évaluation? Est-ce que c'est la même personne qui fait l'opération?

R : Oui.

#### **Pezim Clinic, Nanaimo**

##### **Présumées violations à être enquêtées :**

1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical

2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : sigmoidoscopie, coloscopie, évaluation rapide des tests immunochimiques fécaux (TIF) positifs, chirurgie anorectale sélective avec anesthésique local, programmes de dépistage du cancer colorectal et chirurgie anale cosmétique

(Entrevue téléphonique effectuée le 15 février 2017, à 15 h 45)

Q : Je vous appelle pour avoir de l'information au sujet d'une coloscopie pour mon père. Que doit-il faire pour avoir cette intervention à votre clinique?

R : Son médecin omnipraticien doit envoyer une référence par télécopieur à notre clinique.

Q : Combien coûte l'intervention?

R : Normalement, elle coûte 625 \$, mais s'il veut subir une coloscopie aussi rapidement que dans deux semaines, alors ça lui coûterait 1 950 \$. Il n'y aurait pas de délai et moins de temps d'attente.

Q : Y a-t-il des frais additionnels?

R : Non.

Q : Peut-il payer pour avoir sa coloscopie plus rapidement à votre clinique plutôt qu'à l'hôpital?

R : Oui, en payant 1 950 \$, il aurait sa coloscopie dans deux semaines.

Q : Doit-il apporter sa carte d'assurance-maladie?

R : Sa carte d'assurance-maladie est quand même nécessaire parce que nous envoyons les échantillons avec le code qui apparaît sur la carte d'assurance-maladie.

#### **Copeman Healthcare Clinic, Vancouver**

##### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : soins de santé professionnels constants, bilans de santé complets, frais d'adhésion annuels qui offrent des services constants et un accès complet à une équipe de soins de santé personnelle

(Entrevue téléphonique effectuée le 14 février 2017, à 15 h 22)

Q : Pouvez-vous m'en dire plus au sujet de ce qu'est un bilan de santé complet?

R : C'est un bilan de santé qui dure trois heures. Avant cet examen, nous obtenons une analyse de votre sang, de vos urines et de vos selles, à jeun, que nous envoyons au laboratoire pour une évaluation préventive. Un médecin de la clinique Copeman examine ensuite les résultats du laboratoire et effectue un examen physique complet. Un nutritionniste examinera également les résultats du laboratoire et évaluera votre régime alimentaire et votre alimentation. Un kinésiologue effectuera un test d'effort et un ECG au repos pour surveiller votre fonction cardiaque.

Q : Y a-t-il des frais annuels ou des frais d'adhésion?

R : Nous vous enverrons un courriel avec tous les renseignements détaillés au sujet des prix. (Dans le courriel, il était stipulé que la clinique offrait trois programmes de santé : le programme LifePlus pour 3 495 \$ par année, qui offre des soins et des services constants en temps opportun et sans urgence tout au long de l'année, le programme de prévention pour les jeunes adultes (Young Adults Prevention Program) pour 2 500 \$ par année, qui offre des heures de rendez-vous flexibles pour tous les besoins constants en matière de santé et des services de laboratoire et de diagnostic sur place, et un bilan de santé complet pour 1 850 \$).

Q : Est-ce que ma carte d'assurance-maladie couvre ces services, y compris les analyses en laboratoire?

R : Non, ce sont tous des services non assurés.

Q : Si je décide de ne pas payer les frais d'adhésion, ai-je quand même droit à des services médicaux réguliers à votre clinique?

R : Non parce que nos services sont tous fondés sur des programmes, nous n'offrons pas de services en dehors de nos programmes. Si vous n'êtes pas inscrit pour nos programmes, comme notre bilan santé complet ou notre programme LifePlus, en vertu duquel nous offrons des services pendant toute l'année, alors nous n'offrons pas ces services.

#### **Continuum Medical Care, Vancouver**

##### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : sur le site Web, on mentionne que la clinique offre un programme de santé de base (Health Basic), qui comprend les services couverts par le MSP, un programme Health Plus, qui coûte 150 \$ par année et où on vous offre des services médicaux non assurés gratuitement, et le bilan de santé complet, qui coûte 2 400 \$ par année et qui offre des soins primaires personnalisés.

(Entrevue téléphonique effectuée le 14 février 2017, à 15 h 41)

Q : Je vous appelle pour avoir de l'information au sujet de votre clinique. Pouvez-vous m'en dire plus au sujet de votre programme de soins complet et le programme Health Plus?

R : Le programme de soins complet est une option que nous offrons aux patients pour des services supplémentaires que le MSP ne couvre pas.

Q : Est-ce que ma carte d'assurance-maladie couvre ces services offerts si on paye des frais d'adhésion?

R : Non.

Q : Si je décide de ne pas payer les frais d'adhésion, ai-je quand même droit à des services médicaux réguliers à votre clinique?

R : Nous avons une clinique sans rendez-vous où vous pouvez recevoir des soins couverts par le MSP.

Q : Si je décide de ne pas payer les frais d'adhésion, puis-je avoir un rendez-vous plus rapidement avec un médecin?

R : Non, vous n'aurez pas un rendez-vous plus rapidement, à moins que ce ne soit pour des visites qui ne sont pas les mêmes.

## Nouvelle-Écosse : 4

**Healthview Medical Imaging, Halifax**

**Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : IRM, arthro-IRM et services d'ultrason

(Entrevue téléphonique effectuée le 9 novembre 2016, à 9 h 39)

Q : Quel est le coût d'une IRM?

R : Une IRM de routine coûte 895 \$.

Q : Qu'est-ce qui est couvert dans le coût?

R : Le prix comprend l'IRM elle-même, l'interprétation des résultats par le radiologiste et un DC contenant les images de vos résultats.

Q : Ai-je besoin de la carte d'assurance-maladie?

R : Aucune carte d'assurance-maladie n'est nécessaire. Nous sommes une clinique privée.

Q : Puis-je payer pour passer mon IRM plus rapidement? Y a-t-il une façon de passer plus rapidement sur la liste d'attente?

R : Ce serait beaucoup plus rapide de payer pour passer votre IRM dans une clinique privée comparativement à mettre votre nom sur la liste d'attente du régime public. Pour passer une IRM à notre clinique, cela vous prendrait moins de deux semaines. Cela pourrait être plus long dans le régime public.

**Halifax Vision Centre, Halifax**

**Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : chirurgie de la cataracte, échange de lentilles réfractives et autres services de chirurgie de l'œil

(Entrevue téléphonique effectuée le 9 novembre 2016, à 10 h 29)

Q : Je vous appelle pour avoir de l'information au sujet d'une chirurgie de la cataracte pour ma grand-mère. Que doit-elle faire pour avoir cette intervention à votre clinique?

R : Une consultation sera nécessaire avec le chirurgien ou elle devra être référée par un ophtalmologiste.

Q : A-t-elle besoin de sa carte d'assurance-maladie?

R : Le MSI (régime d'assurance-maladie provincial) couvre la chirurgie mais nous avons également une option en clinique privée. La liste d'attente avec le MSI est d'un an et la chirurgie en clinique privée peut être faite en quelques mois. Avec l'option en clinique privée, le coût est de 2 400 \$ à 3 000 \$ pour la chirurgie et de 280 \$ par œil pour les lentilles. Un test de mesure des yeux doit être effectué et le coût pour ce test est de 100 \$.

Q : Peut-elle payer pour subir la chirurgie de la cataracte plus rapidement?

R : Oui, en choisissant l'option en clinique privée, elle se fera opérer plus rapidement que dans le réseau public.

**Halifax Eye Institute, Halifax**

**Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : chirurgie de la cataracte, chirurgie des yeux au laser et autres services de chirurgie de l'œil

(Entrevue téléphonique effectuée le 9 novembre 2016, à 10 h 29)

Q : Je vous appelle pour avoir de l'information au sujet d'une chirurgie de la cataracte pour ma grand-mère. Que doit-elle faire pour avoir cette intervention à votre clinique?

R : Elle doit être référée par un ophtalmologiste, puis on lui donne un rendez-vous pour une consultation afin d'examiner ses yeux. Après les résultats, la patiente discutera avec le chirurgien sur le choix de lentilles. Le chirurgien opère un seul œil à la fois. Le processus au complet prend de quatre à cinq mois.

Q : A-t-elle besoin de sa carte d'assurance-maladie?

R : Oui, le MSI (régime d'assurance-maladie provincial) couvre les frais de la chirurgie, de la consultation et des lentilles standards, mais il y a une option en clinique privée. Avec cette dernière option, le coût est de 5 000 \$ pour la chirurgie et de 280 \$ par œil pour des lentilles souples.

Q : Peut-elle payer pour subir la chirurgie de la cataracte plus rapidement?

R : La liste d'attente en clinique privée est moins longue que dans le réseau public.

Q : À quel endroit la chirurgie serait-elle effectuée? Est-ce que ce serait à l'hôpital?

R : Avec l'option en clinique privée, la chirurgie se déroulerait à la clinique. Nous effectuons cependant la chirurgie à l'Hôpital général Victoria et à ce moment-là c'est couvert par le régime d'assurance-maladie (MSI).

**Lasik MD, Halifax**

**Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : chirurgie de la cataracte, chirurgie au laser, implants oculaires et autres services de chirurgie de l'œil

(Entrevue téléphonique effectuée le 7 février 2017, à 12 h 33)

Q : Je vous appelle pour avoir de l'information au sujet d'une chirurgie de la cataracte pour ma grand-mère. Que doit-elle faire pour avoir cette intervention à votre clinique?

R : Une consultation gratuite avec le chirurgien est nécessaire pour voir si elle est une bonne candidate à la chirurgie. Nous offrons la chirurgie des yeux au laser à notre clinique de Halifax et, pour les chirurgies de la cataracte, nous avons des chirurgiens qui offrent ces services à Montréal, Edmonton, Mississauga et Québec.

Q : Doit-elle être référée par un ophtalmologiste?

R : Non, ce n'est pas nécessaire parce que nous sommes une clinique privée.

Q : A-t-elle besoin de sa carte d'assurance-maladie?

R : Non, l'intervention ne sera pas couverte et elle devra elle-même la payer.

Q : Y a-t-il des frais, pour les examens ou autre chose?

R : Le coût de l'intervention varie entre 2 500 \$ et 3 900 \$ par œil selon le type de lentilles que le chirurgien détermine nécessaire.

Q : À quelle rapidité peut-elle se faire opérer chez vous comparativement à si elle décide de se faire opérer à l'hôpital?

R : J'ignore le temps d'attente à l'hôpital, mais si elle décide de se faire opérer à notre clinique, le temps d'attente est de seulement quelques semaines et nous pouvons prendre un rendez-vous pour l'intervention dans le mois qui suit.

## Ontario : 12

**Access Imaging/Med Centra, Toronto**

**Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : IRM

(Entrevue téléphonique effectuée le 11 novembre 2016, à 11 h 14)

Q : Que dois-je faire pour passer une IRM à votre clinique?

R : Vous devez être référé par votre médecin. Par la suite, il vous sera possible d'avoir une consultation dans deux à trois jours.

Q : Ai-je besoin de la carte d'assurance-maladie?

R : Oui.

Q : Si je paye pour passer une IRM à votre clinique, en combien de temps puis-je la passer comparativement au réseau public où mon nom se retrouverait sur la liste d'attente?

R : Il vous est impossible de payer personnellement, à moins qu'une tierce partie paye, comme le propriétaire de l'entreprise pour laquelle vous travaillez, la CSPAAAT, une assurance, un avocat qui défend une victime d'accident ou rémunéré par une entreprise. L'entreprise pourrait payer avec un chèque et l'IRM payée par l'entreprise pourrait être passée dans un délai de deux à trois jours. Si vous avez un ami ou une entreprise qui peut payer par chèque d'entreprise, vous pourrez alors passer l'IRM dans un délai de deux à trois jours.

Q : Donc, si j'ai une amie qui est propriétaire de sa propre entreprise et qu'elle prépare un chèque du compte de son entreprise, je pourrai passer mon IRM beaucoup plus rapidement?

R : Oui, vous avez l'option de passer votre IRM à l'Hôpital de Markham Stouffville, qui possède trois nouveaux appareils Tesla, ou à l'Hôpital St. Michael's. Nos adjoints communiqueront avec vous au sujet de la date et de l'heure du rendez-vous et du paiement. Votre amie devra fournir un chèque certifié de son entreprise ou une carte de crédit préautorisée avant l'IRM et ce chèque sera déposé, ou le paiement sera pris sur la carte de crédit, après la scintillographie.

Q : Est-ce que ce serait différent si je passais par l'hôpital?

R : Par l'entremise du RAMO, cela prendrait de quatre à cinq mois.

**TLC Yonge-Eglinton Laser Eye Centre, Toronto**

**Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : services d'ophtalmologie

(Entrevue téléphonique effectuée le 29 novembre 2016, à 14 h 36)

Q : Je vous appelle pour avoir de l'information au sujet d'une chirurgie de la cataracte pour ma grand-mère. Que doit-elle faire pour avoir cette intervention à votre clinique?

R : Elle doit être référée par son médecin de famille ou un optométriste.

Q : A-t-elle besoin de sa carte du RAMO?

R : Oui, le RAMO couvre une partie des frais mais elle devra trouver un chirurgien qui pratique en milieu hospitalier.

Q : Y a-t-il des frais?

R : Elle devra payer ici en plus de la couverture partielle du RAMO. Le coût des lentilles haut de gamme est de 1 645 \$ par œil et il y a aussi des frais d'établissement, des frais postopératoires et des frais pour les soins.

Q : Quel est le temps d'attente pour une chirurgie de la cataracte? Serait-il possible de payer pour obtenir la chirurgie plus rapidement?

R : À notre clinique, le temps d'attente pour votre intervention n'est que d'un à deux mois comparativement aux hôpitaux publics où le délai serait d'un an.

Q : À quel endroit la chirurgie aurait-elle lieu?

R : La chirurgie serait effectuée ici au centre de chirurgie.

#### **Crystal Clear Vision, Toronto**

##### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : chirurgie de la cataracte, chirurgie au laser et autres chirurgies de l'œil

(Entrevue téléphonique effectuée le 29 mars 2017)

Q : Je vous appelle pour avoir de l'information au sujet d'une chirurgie de la cataracte pour ma grand-mère. Que doit-elle faire pour avoir cette intervention à votre clinique?

R : Nous lui donnerions un rendez-vous pour la consultation initiale. Nous pouvons le faire sans qu'elle soit référée, sans problème.

Q : Quel est le temps d'attente pour une chirurgie à votre clinique?

R : Nous pouvons vous donner un rendez-vous pour la consultation la semaine prochaine, rendez-vous au cours duquel vous subiriez des examens, on effectuerait la cartographie et vous pourriez discuter avec le médecin et le spécialiste au sujet du prix et des détails. Nous prendrions un rendez-vous pour la chirurgie dans le mois qui suit, soit à la fin avril ou à la fin mai.

Q : Serait-il possible de payer séparément pour obtenir la chirurgie plus rapidement comparativement à l'hôpital?

R : Oui, nous sommes une clinique privée de l'œil, alors les interventions ne sont pas couvertes par le RAMO. J'ai entendu que le temps d'attente à l'hôpital est d'au moins quatre à six mois, c'est beaucoup plus rapide de se faire opérer en clinique privée.

Q : Quel est le coût?

R : Cela dépend du type de lentilles; cela varierait entre 2 000 \$ et 4 500 \$ avec les lentilles haut de gamme. Pour les lentilles standards, le prix serait davantage autour de 1 500 \$ à 2 000 \$.

Q : A-t-elle besoin de sa carte d'assurance-maladie?

R : Nous aimons avoir la carte d'assurance-maladie à des fins d'identification seulement, nous ne facturons pas le gouvernement.

Q : Y a-t-il des frais – pour les examens ou autre chose?

R : La consultation est gratuite pour nos patients. Après l'intervention, il y a des frais que nous facturerions pour des suivis postopératoires, et nous verserions ces frais à l'optométriste. Nous faisons le premier suivi, puis, pendant un an, les autres suivis se font avec l'optométriste. Je ne connais pas les frais par cœur, mais je sais que cela s'élève à quelques centaines de dollars.

#### **Medcan, Toronto**

##### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : bilans de santé annuels, soins de santé pendant toute une année (Year Round Care) et programmes personnalisés mieux vivre (Live Well)

(Entrevue téléphonique effectuée le 14 février 2017)

Q : Je vous appelle pour avoir de l'information au sujet de votre clinique. Pouvez-vous m'en dire plus au sujet de votre programme Year Round Care (soins que vous offrez pendant toute une année)?

R : Le titre du programme porte bien son nom, c'est exactement ce qu'il dit – il offre des soins pendant toute une année, alors à chaque fois que vous souhaitez consulter le médecin pendant

l'année, on vous garantit un rendez-vous le même jour ou une consultation vidéo pratique avec le médecin. Cela permet d'avoir une ordonnance par téléphone, d'être référé par un médecin et plus.

Q : Y a-t-il des frais annuels ou des frais d'adhésion?

R : Pour les individus, les frais sont de 895 \$ par année, pour les personnes de moins de 18 ans, les frais sont de 495 \$ par année.

Q : Dois-je apporter ma carte d'assurance-maladie?

R : Bon nombre des services offerts dans le cadre de ce programme ne sont pas couverts par le RAMO. Les rendez-vous sont couverts par le RAMO. Les frais d'adhésion servent d'honoraires forfaitaires pour payer tous les services qui ne sont pas assurés.

Q : Si je décide de ne pas payer les frais d'adhésion, puis-je quand même recevoir des services médicaux réguliers à votre clinique?

R : Nous effectuons également des examens physiques, mais ils sont plus complets qu'un examen normal. C'est un bilan de santé pour cadre, qui dure cinq heures et au cours duquel toutes les parties du corps sont examinées.

Q : Si je décide de payer les frais d'adhésion, est-ce que j'obtiens un rendez-vous plus rapidement avec un médecin?

R : Vous pouvez prendre des rendez-vous et payer pour chaque service que vous prenez. Si vous voulez les services de santé couverts par le RAMO, je vous suggère de consulter votre médecin de famille.

#### **La Vie Executive Health Centre, Vaughan**

##### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : bilans de santé complets, y compris un « programme complet de mieux-être » qui est un service offert sur toute une année et qui comprend des services « lorsque le patient a des problèmes de santé »

(Entrevue téléphonique effectuée le 15 mars 2017)

Q : Bonjour, j'ai déjà appelé pour avoir des détails au sujet des services que vous offrez mais je suis un peu perdu. Si je paye les frais d'adhésion, est-ce que ma famille obtient les services gratuitement? Y a-t-il forfait familial ou quelque chose du genre?

R : Ce que nous offrons ce sont des services exécutifs; cela couvre beaucoup de services médicaux dont vous avez besoin. Ces services coûtent 175 \$ par mois pour un adulte. Si deux adultes payent les frais de 350 \$ par mois, jusqu'à deux de leurs enfants de moins de 21 ans reçoivent les services gratuitement.

Q : Devons-nous tous apporter notre carte du RAMO?

R : Tout ce qui est facturable au RAMO, nous le facturons. Mais des choses comme des rendez-vous téléphoniques et une aide médicale 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 ne sont pas couvertes. Par exemple, si vous venez pour un rendez-vous avec le médecin, alors apportez votre carte du RAMO avec vous. Si vous avez un rendez-vous téléphonique, la carte du RAMO n'est pas nécessaire.

Q : Si je ne veux pas payer les frais d'adhésion, puis-je quand même consulter un médecin à votre clinique?

R : Nous ne prenons pas de patients en médecine familiale, nous acceptons uniquement des membres.

(Entrevue téléphonique effectuée le 16 novembre 2016)

Q : Quel genre de services offrez-vous?

R : Nous offrons des services de médecine familiale et des services privés individuels si vous payez.

Q : Y a-t-il des frais d'adhésion?

R : Il y a des frais annuels de 1 500 \$, cela comprend les examens médicaux, les analyses sanguines, les demandes et les références de médecins.

Q : Ai-je besoin de ma carte du RAMO?

R : Oui, vous devez apporter votre carte d'assurance-maladie.

Q : Si je ne veux pas payer les frais d'adhésion, puis-je quand même avoir accès à des services dans vos cliniques?

R : Les patients en médecine familiale sont couverts par le RAMO et les frais annuels sont également couverts par le RAMO.

Q : Quel est le temps d'attente si je paye les frais comparativement à si je ne veux pas payer?

R : Si vous payez les frais annuels, nous ferions de notre mieux pour trouver une place pour vous afin de vous donner un rendez-vous dans un délai de un jour ou deux. Si vous êtes un patient en médecine familiale couvert par le RAMO et que vous ne payez pas les frais, votre nom se retrouverait simplement sur notre liste d'attente normale et cela pourrait prendre environ une semaine. C'est la différence si vous êtes simplement un patient d'un médecin de famille couvert par le RAMO ou si vous payez les frais annuels.

### **Medisys, Toronto**

#### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : bilans de santé pour cadres et accès aux médecins par téléphone 24 heures sur 24

(Courriel envoyé le 16 novembre 2016)

Le courriel se lit comme suit : « Notre service, MedisysLife, offre un bilan annuel et des soins continus toute l'année à la clinique Medisys pour un montant de 3 250,00 \$ + taxes par personne. Vous aurez un accès illimité à des consultations en personne dans n'importe laquelle de nos cliniques Medisys partout au Canada. Vous avez accès à un infirmier ou à un médecin par téléphone 24 heures par jour, 365 jours par année. Le service vous permet d'avoir des consultations téléphoniques, des renouvellements d'ordonnances, une coordination médicale, etc. Votre bilan de santé de prévention Medisys comprend des consultations avec les professionnels de la santé de Medisys et une gamme complète d'examen pour évaluer votre état de santé actuel. »

### **Genesis Professional Group, Concord**

#### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical

Services vendus : bilan de santé et des habitudes de vie et accès continu garanti aux médecins de la clinique

(Entrevue téléphonique effectuée le 8 mars 2017)

Q : Je vous appelle pour avoir de l'information au sujet de votre clinique. Quel type de services offrez-vous?

R : Nous avons trois médecins à notre clinique qui peuvent discuter avec vous de notre modèle Genesis, et ce sans frais.

Q : Y a-t-il des frais annuels ou des frais d'adhésion?

R : Il y a des frais annuels de 4 068 \$ plus taxes.

Q : Dois-je apporter ma carte du RAMO? Est-ce que ma carte d'assurance-maladie couvre certains de ces services?

R : Votre carte du RAMO est nécessaire pour payer pour les tests en laboratoire, les rayons X, les IRM, les références pour consulter des spécialistes et d'autres mesures d'investigation. Les frais

annuels couvrent les services offerts à la clinique, comme les consultations d'un médecin par exemple.

Q : J'aimerais prendre un rendez-vous, mais je ne suis pas certain de vouloir payer les frais d'adhésion, je ne veux pas tous ces services. Puis-je quand avoir des services médicaux à votre clinique même si je décide de ne pas payer?

R : Non, vous ne pouvez pas bénéficier de nos services si vous ne payez pas les frais annuels.

Q : Combien de temps dois-je attendre pour obtenir un rendez-vous si je paye comparativement au temps d'attente si je ne veux pas payer les frais d'adhésion?

R : Si vous devenez un client de notre clinique, vous pouvez obtenir un rendez-vous le même jour.

### **Regal Health Services, Toronto**

#### **Présumées violations à être enquêtées :**

1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical  
Services vendus : conseils médicaux d'urgence d'un médecin personnel 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, visites d'auxiliaires médicaux à la maison ou au bureau pour des prises de sang, une culture d'urine, un ECG ou des signes vitaux, examen physique complet, rendez-vous pour des IRM pour de tierces parties, etc.

(Entrevue téléphonique effectuée le 15 novembre 2016, à 16 h 30)

Q : Quel type de services offrez-vous?

R : C'est une clinique privée, nous offrons des services exécutifs qui sont différents des services publics du RAMO. Nous sommes sur appel 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, et nous offrons des évaluations globales avec des dépistages exhaustifs, des analyses sanguines et des immunisations au besoin.

Q : Y a-t-il des frais d'adhésion?

R : Il y a des frais annuels de 3 700 \$ par personne.

Q : Dois-je apporter ma carte d'assurance-maladie?

R : Une carte du RAMO sera nécessaire, par exemple si nous trouvons quelque chose dans le cadre de notre examen qui nécessite une IRM. Nous pouvons prendre un rendez-vous pour que vous passiez votre IRM rapidement à Buffalo pour un montant de 600 \$ parce que la liste d'attente pour les IRM peut être aussi longue que six semaines.

Q : Si je choisis de ne pas payer les frais d'adhésion, puis-je quand avoir accès aux services offerts à votre clinique?

R : Nous encourageons le paiement des frais d'adhésion annuels afin que nous puissions offrir des services de santé 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, lorsque vous en avez besoin. Tous les services seraient inclus dans les frais annuels.

### **Healthcare 365, Toronto**

#### **Présumées violations à être enquêtées :**

1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical  
Services vendus : cabinet de gestion de la santé, infirmiers et médecins disponibles 24 heures sur 24 et sur appel et création de plans de soins de santé personnalisés

(Entrevue téléphonique effectuée le 16 novembre 2016, à 10 h 00)

Q : Y a-t-il des frais d'adhésion pour avoir accès à vos services?

R : Oui, il y a des frais annuels de 330 \$ et des frais mensuels de 275 \$

Q : Dois-je apporter ma carte du RAMO?

R : Ça dépend si vous souhaitez obtenir des services que notre clinique offre et qui sont couverts par le RAMO. Nous avons des médecins de famille auprès desquels vous pouvez vous inscrire à notre clinique.

Q : Si je ne veux pas payer les frais d'adhésion, puis-je quand même avoir accès aux services offerts à votre clinique?

R : Les services de médecine familiale couverts par le RAMO sont différents de nos services de gestion annuels parce qu'avec les services annuels, nous faisons le suivi de tous vos dossiers et nous offrons des services que vous ne receviez pas normalement avec votre médecin de famille. Nous communiquons avec votre médecin de famille ou les nôtres si vous choisissez de vous inscrire à notre clinique.

#### **Shouldice Hospital, Thornhill**

##### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : chirurgie visant à corriger une hernie

(Entrevue téléphonique effectuée le 15 février 2017, à 14 h 18)

Q : Je vous appelle pour obtenir de l'information au sujet d'une chirurgie visant à corriger une hernie pour mon père. Que doit-il faire pour avoir cette intervention à votre hôpital?

R : Il doit venir pour une consultation afin que les chirurgiens de notre hôpital puissent l'évaluer; nous avons une clinique sans rendez-vous où il peut venir pour être évalué.

Q : Doit-il être référé par un médecin?

R : Non, ce n'est pas obligatoire.

Q : À quelle rapidité peut-il avoir un rendez-vous pour l'intervention?

R : Ça dépend de l'évaluation. Si tout est correct, il pourra subir son intervention d'ici quatre à six semaines.

Q : Est-ce que sa carte du RAMO couvre l'intervention? Doit-il apporter sa carte d'assurance-maladie?

R : Oui, elle est couverte. Il devrait apporter sa carte d'assurance-maladie.

Q : Y a-t-il des frais additionnels?

R : Oui, pour les chambres. Nous offrons seulement des chambres semi-privées au coût de 245 \$ pour chaque nuit qui suit la chirurgie. Il doit rester à l'hôpital pendant quatre nuits.

#### **Taunton Surgical Centre, Oshawa**

##### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : chirurgie générale, chirurgie orthopédique, urologie, gastroentérologie, etc.

(Entrevue téléphonique effectuée le 15 février 2017, à 14 h 20)

Q : Je vous appelle pour obtenir de l'information au sujet d'une endoscopie pour mon père. Que doit-il faire pour subir cette intervention à votre clinique?

R : Son médecin doit envoyer une référence à la clinique, la demande sera évaluée et nous l'appellerons pour prendre un rendez-vous.

Q : Est-ce que l'intervention est couverte par le RAMO?

R : Généralement oui. Elle est entièrement couverte s'il choisit de subir l'endoscopie à l'hôpital. S'il choisit de la subir à la clinique, il y a des honoraires forfaitaires de 60 \$.

Q : À quoi servent ces frais exactement?

R : Les honoraires forfaitaires couvrent les services qui ne sont pas assurés. L'hôpital ne fournit pas la nourriture, nous fournissons du jus et des biscuits afin que ce soit plus sécuritaire lorsque le patient retourne à la maison. Nous fournissons des places de stationnement, les patients affirment avoir apprécié davantage leur expérience générale ici qu'à l'hôpital parce que c'est plus silencieux.

Q : S'il paye les honoraires forfaitaires, peut-il subir l'intervention plus rapidement qu'à l'hôpital?

R : Possiblement. Présentement nous donnons des rendez-vous plus rapidement au centre Taunton.

Q : Doit-il apporter sa carte d'assurance-maladie?

R : Oui, il doit apporter sa carte d'assurance-maladie à son premier rendez-vous.

#### **Durham Endo Chirurgie Centre, Ajax**

##### **Présumées violations à être enquêtées :**

1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical

2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : coloscopie, gastroscopie et autres interventions endochirurgicales

(Entrevue téléphonique effectuée le 15 février 2017, à 15 h 04)

Q : Je vous appelle pour obtenir de l'information au sujet d'une endoscopie pour mon père. Que doit-il faire pour subir cette intervention à votre clinique?

R : Son médecin de famille enverrait une référence et nous communiquerions avec lui par téléphone pour prendre un rendez-vous.

Q : À quel endroit la chirurgie aurait-elle lieu?

R : S'il est en santé, il peut choisir de subir l'endoscopie à notre clinique plutôt qu'à l'hôpital.

Q : Est-ce que l'endoscopie est couverte par le RAMO?

R : Oui, elle est couverte.

Q : Y a-t-il des frais additionnels?

R : Il y a des frais d'administration de 50 \$ et ce sont pour des choses qui ne sont pas couvertes comme les frais de nourriture, pour la salle de réveil et le vestiaire.

Q : Doit-il apporter sa carte d'assurance-maladie?

R : Oui, il doit l'apporter à sa consultation.

Q : Peut-il subir son endoscopie plus rapidement que s'il la subissait à l'hôpital?

R : Non.

## Québec : 31 (14 cliniques de chirurgie de l'œil, de style « boutique » et de chirurgie; 17 cliniques d'IRM)

Remarque : le gouvernement du Québec a désassuré les IRM, les scintillographies et les ultrasons (à l'exclusion des rayons X) nécessaires sur le plan médical lorsque passés ailleurs que dans les hôpitaux. Néanmoins, la *Loi canadienne sur la santé* exige que les gouvernements provinciaux couvrent, selon des modalités uniformes, tous les services hospitaliers et de médecins nécessaires sur le plan médical. Au milieu des années 1990, l'Alberta a dû rembourser tous les patients qui avaient dû payer dans des cliniques privées pour passer des IRM qui étaient nécessaires sur le plan médical.

### Écho-Médecin, Laval

#### Présumées violations à être enquêtées :

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : ultrasons, mammographie et IRM

(Entrevue téléphonique effectuée le 15 février 2017, à 15 h 00)

Q : Je vous appelle pour avoir de l'information au sujet d'une IRM. Que dois-je faire pour subir cette intervention à votre clinique?

R : Vous devez envoyer votre ordonnance à la clinique par télécopieur, puis nous vous appelons pour prendre un rendez-vous.

Q : Quel est le coût de l'intervention? Qu'est-ce que couvrent ces frais?

R : Pour une seule partie du corps, le coût est de 650 \$. Les rapports sont couverts.

Q : Y a-t-il des frais additionnels?

R : Non.

Q : Si je paye pour passer mon IRM à votre clinique, puis-je la passer plus rapidement qu'à l'hôpital?

R : Oui, nous sommes une clinique privée.

Q : À quel endroit se déroulerait l'IRM? Est-ce que ce serait à l'hôpital?

R : À la clinique.

Q : Quels sont les avantages de passer mon IRM en clinique privée?

R : Vous passez l'IRM aussi rapidement que la semaine prochaine.

### Centre d'imagerie médicale Clarke, Montréal

#### Présumées violations à être enquêtées :

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : IRM

(Entrevue téléphonique effectuée le 15 février 2017, à 11 h 55)

Q : Que dois-je faire pour passer une IRM à votre clinique?

R : Nous sommes une clinique privée, le prix initial est de 650 \$ pour une IRM. Le médecin qui vous réfère doit envoyer une télécopie ou un courriel, puis nous vous appelons pour prendre un rendez-vous.

Q : Que couvrent les frais?

R : Vous obtenez toutes les images et le DC, et vous n'aurez qu'à attendre de deux à trois jours pour le rapport écrit.

Q : Y a-t-il des frais additionnels?

R : Non.

Q : Si je paye pour passer mon IRM à votre clinique, en combien de temps puis-je la passer à votre clinique comparativement à l'hôpital?

R : Il n'y a pas de temps d'attente à notre clinique. Nous vous donnons un rendez-vous pour dès aujourd'hui ou demain.

Q : Ai-je besoin de la carte d'assurance-maladie?

R : Non.

Q : À quel endroit se déroulerait l'IRM?

R : À la clinique.

Q : Quels sont les avantages de passer mon IRM en clinique privée?

R : L'avantage c'est que vous la passez plus rapidement. Vous pouvez la passer gratuitement à l'hôpital, sauf que le temps d'attente à l'hôpital pour une IRM est d'un an.

### **Radimed, Montréal**

#### **Présumées violations à être enquêtées :**

1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical

2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : ultrason, scintillographie, IRM, mammographie, ostéodensitométrie et autres services d'imagerie

(Entrevue téléphonique effectuée le 15 février 2017, à 11 h 04)

Q : Que dois-je faire pour subir une intervention à votre clinique?

R : Vous devez envoyer la demande du médecin par télécopieur à la clinique et nous vous appellerons pour prendre un rendez-vous.

Q : Quel est le coût de l'intervention? Qu'est-ce que ces frais couvrent?

R : Le coût initial de l'intervention est de 650 \$.

Q : Y a-t-il des frais additionnels?

R : Non.

Q : Si je paye pour passer mon IRM à votre clinique, en combien de temps puis-je la passer à votre clinique comparativement à me retrouver sur la liste d'attente du réseau public?

R : Nous pouvons vous donner un rendez-vous pour une IRM d'ici une semaine.

Q : Ai-je besoin de ma carte d'assurance-maladie?

R : Oui, vous devriez apporter votre carte.

Q : À quel endroit se déroulerait l'IRM?

R : À la clinique.

Q : Quels sont les avantages de passer mon IRM en clinique privée?

R : Vous passez votre IRM plus rapidement. Vous pouvez demander un DC si cela est nécessaire. Le rapport peut être envoyé à votre médecin dans un délai d'une semaine.

### **Imagerie des Pionniers, Lachenaie**

#### **Présumées violations à être enquêtées :**

1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical

2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : IRM, fluoroscopie, radiographie, ultrasonographie, tomodensitogramme et ostéodensitométrie

(Entrevue téléphonique effectuée le 11 novembre 2016, à 15 h 03)

Q : Que dois-je faire pour passer une IRM à votre clinique?

R : L'ordonnance du médecin doit être envoyée par télécopieur, puis nous pourrions vous donner un rendez-vous.

Q : Dois-je apporter ma carte d'assurance-maladie?

R : Oui; le nom, la carte d'assurance-maladie et l'adresse sont nécessaires.

Q : Quel est le coût de l'intervention? Que couvrent ces frais?

R : 650 \$. Le coût couvre l'image, le DC et le rapport écrit deux jours plus tard.

Q : Si je paye pour passer mon IRM à votre clinique, en combien de temps puis-je la passer à votre clinique comparativement à me retrouver sur la liste d'attente du réseau public?

R : Il n'y a pas de liste d'attente, nous sommes disponibles dès demain, cela prend d'un à deux jours.

Q : Est-ce que ce serait différent si je passais l'IRM à l'hôpital?

R : Le temps d'attente serait d'un an à l'hôpital.

#### **Imagix – Radiologie, Ville Saint-Laurent**

##### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : IRM, ultrason, radiologie, tomodensitogramme, ostéodensitométrie, mammographie, etc.

(Entrevue téléphonique effectuée le 23 novembre 2016, à 10 h 28)

Q : Que dois-je faire pour passer une IRM à votre clinique?

R : Votre médecin de famille doit envoyer l'ordonnance par télécopieur. Une fois que nous l'aurons regardée, nous vous appelons le même jour.

Q : Quel est le coût de l'intervention et qu'est-ce qui est couvert?

R : Cela dépend de l'ordonnance, si vous avez besoin d'un contraste ou non, parce que ce seront des frais supplémentaires.

Q : Si je paye pour passer mon IRM à votre clinique, en combien de temps puis-je la passer à votre clinique comparativement à me retrouver sur la liste d'attente du réseau public?

R : Une fois que nous aurons reçu votre prescription, nous pourrions vous donner un rendez-vous pour votre IRM la même semaine ou la semaine suivante. À l'hôpital, la liste d'attente est actuellement d'environ six mois à un an.

Q : Dois-je apporter ma carte d'assurance-maladie?

R : Oui, vous devez apporter votre carte d'assurance-maladie à des fins d'identification.

Q : Quels sont les avantages de passer mon IRM en clinique privée?

R : À moins que vous vouliez attendre de six mois à un an à l'hôpital, vous passerez votre IRM plus rapidement en clinique privée. Les gens veulent habituellement leurs résultats le plus rapidement possible et nous fournissons les résultats dans les deux à trois jours suivants l'IRM et les envoyons par télécopieur à votre médecin.

#### **IRM Trois-Rivières (IRM Québec), Trois-Rivières**

##### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : IRM

(Entrevue téléphonique effectuée le 11 novembre 2016, à 15 h 13)

Q : Que dois-je faire pour passer une IRM à votre clinique?

R : Vous devez être référé par votre médecin.

Q : Dois-je apporter ma carte d'assurance-maladie?

R : Oui.

Q : Quel est le coût de l'intervention?

R : 665 \$. Le coût couvre l'IRM, le DC remis le même jour et un rapport écrit cinq jours plus tard.

Q : Si je paye pour passer mon IRM à votre clinique, en combien de temps puis-je la passer à votre clinique comparativement à me retrouver sur la liste d'attente du réseau public?

R : Il n'y a pas de liste d'attente, nous n'avons pas de place demain mais nous en avons dans la semaine.

Q : Est-ce que ce serait différent si je la passais à l'hôpital?

R : À l'hôpital, le temps d'attente est de six mois à un an et demi.

**Léger et associés, Radiologistes, Montréal**

**Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : radiologie générale, ostéodensitométrie, échographie, mammographie, tomodensitogramme et IRM

(Entrevue téléphonique effectuée le 22 novembre 2016)

Q : Que dois-je faire pour passer une IRM à votre clinique?

R : Vous devez envoyer la référence de votre médecin de famille par télécopieur ou par courriel.

Q : Puis-je payer pour passer mon IRM plus rapidement? En combien de temps puis-je la passer à votre clinique comparativement à le passer dans le réseau public?

R : Notre clinique est strictement privée alors vous devez payer pour vos services. Une IRM coûte 650 \$ et nous pouvons vous donner un rendez-vous d'ici quatre à cinq jours; ce sera plus long si vous passez par le réseau public.

Q : Dois-je apporter ma carte d'assurance-maladie?

R : Non, ce n'est pas nécessaire.

**Medvue Imagerie Médicale, Laval**

**Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : IRM

(Entrevue téléphonique effectuée le 23 novembre 2016, à 9 h 46)

Q : Que dois-je faire pour passer une IRM à votre clinique?

R : Vous devez envoyer votre ordonnance par télécopieur ou par courriel et nous communiquerons avec vous le même jour.

Q : Si je paye pour passer mon IRM à votre clinique, en combien de temps puis-je la passer à votre clinique comparativement à me retrouver sur la liste d'attente du réseau public?

R : Une fois que vous aurez envoyé votre ordonnance par télécopieur, vous pourrez passer votre IRM au cours de la même semaine.

Q : Dois-je apporter ma carte d'assurance-maladie?

R : Non.

Q : Quel est le coût d'une intervention à la colonne cervicale?

R : Pour la région du cou, c'est 640 \$.

Q : Quels sont les avantages de passer mon IRM en clinique privée?

R : Vous passez votre IRM plus rapidement.

**Centre d'IRM de la Vallée de l'Outaouais, Gatineau**

**Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : IRM

(Entrevue téléphonique effectuée le 23 novembre 2016, à 9 h 58)

Q : Que dois-je faire pour passer une IRM à votre clinique?

R : Nous avons d'abord besoin d'une demande de votre médecin, que vous pouvez envoyer par télécopieur ou par courriel à notre bureau, puis nous communiquons avec vous le même jour.

Q : Si je paye pour passer mon IRM à la clinique, en combien de temps puis-je la passer à votre clinique comparativement à me retrouver sur la liste d'attente du réseau public?

R : À l'hôpital, la liste d'attente est actuellement d'environ six mois. Une fois que nous recevons votre demande, vous pourrez passer votre IRM le même jour; vous pourrez ensuite partir avec les images et les résultats seront envoyés à votre médecin dans un délai de deux jours ouvrables.

Q : Quel est le coût de l'intervention pour une IRM de la colonne cervicale?

R : Cela coûterait 745 \$.

Q : Dois-je apporter ma carte d'assurance-maladie?

R : Non.

Q : Quels sont les avantages de passer mon IRM en clinique privée?

R : Non seulement vous passez votre IRM le même jour, mais les résultats seront également envoyés beaucoup plus rapidement, comparativement à si vous la passiez à l'hôpital.

### **Radiologie Varad, Montréal**

#### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : IRM, tomodensitogramme, ultrason, mammographie, radiologie générale et ostéodensitométrie

(Entrevue téléphonique effectuée le 11 novembre 2016, à 12 h 09)

Q : Que dois-je faire pour passer une IRM à votre clinique?

R : Vous devez envoyer l'ordonnance de votre médecin personnel par télécopieur ou par courriel. On vous rappelle pour vous donner un rendez-vous.

Q : Dois-je apporter ma carte d'assurance-maladie?

R : Habituellement les gens l'apportent.

Q : Quel est le coût de l'intervention? Qu'est-ce que ces frais couvrent?

R : 650 \$ et ce sont des frais que vous devez payer parce que nous sommes une clinique privée. Ce coût couvre l'IRM, un rapport écrit du médecin et un DC.

Q : Si je paye pour passer mon IRM à votre clinique, en combien de temps puis-je la passer à votre clinique comparativement à me retrouver sur la liste d'attente du réseau public?

R : Nous avons de la place la semaine prochaine, aucun temps d'attente.

Q : Est-ce que ce serait différent si je la passais à l'hôpital?

R : Les listes d'attente dans chaque hôpital sont différentes et elles varient de trois mois à un an.

### **RésoScan CLM, Greenfield Park**

#### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : IRM, tomodensitogrammes, TEP, coloscopie, ultrason et radiologie générale

(Entrevue téléphonique effectuée le 22 novembre 2016, à 14 h 38)

Q : Que dois-je faire pour passer une IRM à votre clinique?

R : Nous avons besoin d'une référence de votre médecin de famille, ensuite le radiologiste regardera l'examen et précisera le prix que vous devrez payer.

Q : Si je paye pour passer mon IRM à votre clinique, en combien de temps puis-je la passer à votre clinique comparativement à me retrouver sur la liste d'attente du réseau public?

R : J'ignore quel est le temps d'attente à l'hôpital, mais si vous prenez un rendez-vous à notre clinique, vous pourrez passer votre IRM dans un délai de trois à cinq jours.

Q : Quel est le coût de l'intervention dans la région du cou?

R : Entre 650 \$ et 750 \$ pour la région du cou, tout dépendant si vous avez besoin de l'injection ou non.

Q : Dois-je apporter ma carte d'assurance-maladie?

R : Nous avons besoin de la carte pour les dossiers, mais pour rien d'autre.

Q : Quels sont les avantages de passer mon IRM en clinique privée?

R : Le principal avantage est de passer votre IRM beaucoup plus rapidement, et vous pouvez également voir votre médecin beaucoup plus rapidement aussi.

#### **IRM St-Joseph, Gatineau**

##### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : IRM

(Entrevue téléphonique effectuée le 23 novembre 2016, à 10 h 14)

Q : Que dois-je faire pour passer une IRM à votre clinique?

R : Nous avons besoin d'une référence de votre médecin par télécopieur ou par courriel, et nous communiquons avec vous le même jour ou dans les 24 à 48 heures qui suivent.

Q : Quel est le coût de l'intervention pour la région du cou?

R : Elle coûterait 745 \$.

Q : Si je paye pour passer mon IRM à votre clinique, en combien de temps puis-je la passer à votre clinique comparativement à me retrouver sur la liste d'attente du réseau public?

R : Vous la passeriez plus rapidement, nous pourrions vous donner un rendez-vous pour une IRM le lendemain ou le surlendemain de la réception de votre référence.

Q : Dois-je apporter ma carte d'assurance-maladie?

R : Oui, parce qu'il y a des frais que nous facturons à la RAMQ alors ces frais sont couverts pour vous, soit les honoraires professionnels.

Q : Quels sont les avantages de passer mon IRM en clinique privée?

R : Bien entendu, vous passez votre IRM beaucoup plus rapidement. Vous recevez le rapport beaucoup plus rapidement également, soit dans un délai de 48 heures, et cela comprend un DC si vous avez besoin de consulter un spécialiste, ainsi que les images.

#### **Centre médical ViaMedica, Montréal**

##### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : IRM, tomodensitogramme, ultrason, coloscopie virtuelle, mammographie et services médicaux comme des analyses sanguines, des vaccins et des services infirmiers

(Entrevue téléphonique effectuée le 23 novembre 2016, à 10 h 55)

Q : Que dois-je faire pour passer une IRM à votre clinique?

R : Nous avons besoin d'une référence de votre médecin et nous vous rappelons par la suite pour vous donner les coûts précis et des détails.

Q : Quel est le coût de l'intervention?

R : Le prix initial est de 650 \$.

Q : Y a-t-il des frais additionnels?

R : Les frais additionnels dépendent de la référence et de si vous avez besoin de l'injection ou non. Nous les déterminerons et nous vous les mentionnerons lorsque nous vous rappellerons.

Q : Si je paye pour passer mon IRM à votre clinique, en combien de temps puis-je la passer à votre clinique comparativement à me retrouver sur la liste d'attente du réseau public?

R : Si vous envoyez votre référence aujourd'hui, vous pourrez passer l'IRM le même jour.

Q : Dois-je apporter ma carte d'assurance-maladie?

R : Oui.

Q : Quels sont les avantages de passer mon IRM en clinique privée?

R : Si vous la passez à l'hôpital, vous devez attendre beaucoup plus longtemps. De plus, nous envoyons les résultats rapidement, soit dans un délai de 24 à 48 heures, et nous vous remettons le DVD et les images.

**Radiologie Dix30, Brossard**

**Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : IRM et autres services d'imagerie diagnostique

(Entrevue téléphonique effectuée le 23 novembre 2016, à 10 h 47)

Q : Que dois-je faire pour passer une IRM à votre clinique?

R : Vous devez d'abord envoyer la demande de votre médecin de famille et nous vous appellerons pour vous donner le prix exact et des détails pour votre rendez-vous.

Q : Quel est le coût de l'intervention?

R : Le prix initial est 600 \$, mais nous vous rappellerons dès que nous aurons reçu la demande.

Q : Si je paye pour passer mon IRM à votre clinique, en combien de temps puis-je la passer à votre clinique comparativement à me retrouver sur la liste d'attente du réseau public?

R : Une fois que nous aurons reçu la demande, vous pourrez passer l'IRM dans la journée ou le lendemain.

Q : Ai-je besoin de ma carte d'assurance-maladie?

R : Non.

**Radiologie Mailloux, Québec**

**Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : IRM, tomodensitogramme, mammographie, radiologie générale et autres services d'imagerie médicale

(Entrevue téléphonique effectuée le 11 novembre 2016, à 14 h 56)

Q : Que dois-je faire pour passer une IRM à votre clinique?

R : Faites-nous parvenir votre référence par courriel ou par télécopieur, puis nous vous appellerons pour votre rendez-vous.

Q : Ai-je besoin de ma carte d'assurance-maladie?

R : Non.

Q : Quel est le coût de l'intervention?

R : 665 \$ et cela couvre le rapport complet.

Q : Si je paye pour passer mon IRM à votre clinique, en combien de temps puis-je la passer à votre clinique comparativement à me retrouver sur la liste d'attente du réseau public?

R : Le temps d'attente dans un hôpital du réseau public serait de six mois, mais il est de seulement cinq jours à notre clinique.

**Radiologie Montérégie, Longueuil**

**Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : IRM, tomodensitogrammes, ultrason et coloscopie virtuelle

(Entrevue téléphonique effectuée le 22 novembre 2016, à 14 h 25)

Q : Que dois-je faire pour passer une IRM à votre clinique?

R : Votre médecin doit nous envoyer une référence par télécopieur.

Q : Si je paye pour passer mon IRM à votre clinique, en combien de temps puis-je la passer à votre clinique comparativement à me retrouver sur la liste d'attente du réseau public?

R : Oui, si vous payez pour votre IRM à notre clinique, vous pouvez la passer dans un délai de deux à trois jours.

Q : Quel est le coût de l'intervention?

R : Elle coûte 625 \$ et les frais additionnels dépendront de l'examen.

Q : Ai-je besoin de ma carte d'assurance-maladie?

R : Non.

### **Groupe Unimage, Montréal**

#### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : IRM, radiologie générale, ostéodensitométrie et mammographie

(Entrevue téléphonique effectuée le 23 novembre 2016, à 11 h 27)

Q : Que dois-je faire pour passer une IRM à votre clinique?

R : Votre médecin doit nous envoyer une référence par télécopieur ou par courriel, ensuite nous vous appellerons.

Q : Quel est le coût de l'intervention?

R : Le prix initial est de 625 \$.

Q : Si je paye pour passer mon IRM à votre clinique, en combien de temps puis-je la passer à votre clinique comparativement à me retrouver sur la liste d'attente du réseau public?

R : Lorsque nous vous rappelons, vous pouvez passer l'IRM le même jour.

Q : Ai-je besoin de ma carte d'assurance-maladie?

R : Non.

### **Institut de l'œil de Montréal, Montréal**

#### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : chirurgie de la cataracte, chirurgie des yeux au laser et ophtalmologie

(Entrevue téléphonique effectuée le 23 novembre 2016)

Q : Je vous appelle pour avoir de l'information au sujet d'une chirurgie de la cataracte pour ma grand-mère. Que doit-elle faire pour subir cette intervention à votre clinique?

R : Elle doit venir pour une consultation et apporter sa carte d'assurance-maladie car la première consultation est couverte.

Q : A-t-elle besoin d'une référence?

R : Non ce n'est pas nécessaire.

Q : Doit-elle apporter sa carte d'assurance-maladie?

R : Oui.

Q : Y a-t-il des frais?

R : Le prix initial de la chirurgie est de 2 300 \$ par œil. Les gouttes ophtalmiques coutent 25 \$, tout comme l'examen des yeux.

Q : Serait-il possible de payer séparément pour qu'elle soit opérée plus rapidement plutôt que de se retrouver sur la liste d'attente d'un hôpital public?

R : Après la consultation avec le chirurgien, nous pouvons prendre un rendez-vous pour l'intervention dans les deux semaines qui suivent. J'ignore quel est le temps d'attente à l'hôpital, mais je ne crois pas qu'ils puissent vous donner un rendez-vous pour l'intervention d'ici deux semaines.

Q : Est-il possible de consulter vos chirurgiens à l'hôpital sans frais?

R : Non, ils ne travaillent pas à l'hôpital, uniquement à la clinique.

#### **Laservue, Montréal**

##### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : chirurgie Lasik, chirurgie des yeux au laser, chirurgie de la cataracte, implants de lentilles et autres services de chirurgie de l'œil

(Entrevue téléphonique effectuée le 23 novembre 2016, à 14 h 19)

Q : Je vous appelle pour avoir de l'information au sujet d'une chirurgie de la cataracte pour ma grand-mère. Que doit-elle faire pour subir cette intervention à votre clinique?

R : Elle prendrait rendez-vous pour une évaluation et les frais pour la consultation sont de 100 \$.

Q : A-t-elle besoin d'une référence?

R : Non ce n'est pas nécessaire.

Q : Doit-elle apporter sa carte d'assurance-maladie?

R : Oui, elle doit l'apporter.

Q : Y a-t-il des frais?

R : Le coût varie entre 1 000 \$ et 3 000 \$ pour chaque œil et tout est inclus dans ce coût.

Q : Serait-il possible de payer pour qu'elle soit opérée plus rapidement plutôt que de se retrouver sur la liste d'attente du réseau public?

R : Nous effectuons la chirurgie ici à la clinique, c'est donc plus rapide qu'à l'hôpital. Ici à la clinique nous n'avons essentiellement pas de temps d'attente. Nous pouvons lui donner un rendez-vous pour une consultation après les Fêtes, en janvier (dans deux semaines), et lui donner un rendez-vous pour qu'elle se fasse opérer d'ici un mois.

Q : Est-il possible de consulter vos chirurgiens à l'hôpital sans frais?

R : Non, tous les médecins travaillent uniquement à la clinique.

#### **Cliniques Michel Pop, Montréal**

##### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : chirurgie Lasik, chirurgie de la cataracte et autres services de chirurgie de l'œil

(Entrevue téléphonique effectuée le 23 novembre 2016)

Q : Je vous appelle pour avoir de l'information au sujet d'une chirurgie de la cataracte pour ma grand-mère. Que doit-elle faire pour subir cette intervention à votre clinique?

R : Elle viendrait pour une consultation, ce qui prend quatre-vingt-dix minutes.

Q : A-t-elle besoin d'une référence?

R : Non ce n'est pas nécessaire.

Q : Doit-elle apporter sa carte d'assurance-maladie?

R : Oui.

Q : Y a-t-il des frais?

R : Pour les lentilles monofocales, la chirurgie coûterait 2 200 \$ par œil. Les gouttes ophtalmiques pour après la chirurgie sont des frais additionnels.

Q : Serait-il possible de payer pour qu'elle soit opérée plus rapidement plutôt que de se retrouver sur la liste d'attente du réseau public?

R : Oui, elle serait faite beaucoup plus rapidement qu'à l'hôpital. Après la consultation, nous pouvons lui donner un rendez-vous pour l'intervention dans le mois qui suit.

Q : Est-il possible de consulter votre chirurgien à l'hôpital sans frais?

R : Le Dr Pop travaille uniquement à la clinique.

### **Clinique d’Ophtalmologie Iris, Laval**

#### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d’attente

Services vendus : chirurgie de la cataracte, chirurgie Lasik, implants de lentilles intraoculaires et autres services de chirurgie de l’œil

(Entrevue téléphonique effectuée le 23 novembre 2016, à 15 h 09)

Q : Je vous appelle pour avoir de l’information au sujet d’une chirurgie de la cataracte pour ma grand-mère. Que doit-elle faire pour subir cette intervention à votre clinique? A-t-elle besoin d’une référence?

R : Elle n’en a pas besoin et le rendez-vous est sans frais. C’est un rendez-vous qui dure deux heures et les frais pour la chirurgie débutent à 1 290 \$ par œil.

Q : A-t-elle besoin de sa carte d’assurance-maladie?

R : Oui elle en a besoin pour que nous puissions entrer l’information dans notre système, mais nous ne nous en servons pas.

Q : Y a-t-il d’autres frais?

R : Oui. Après la chirurgie, elle doit acheter des gouttes ophtalmiques. Elle doit acheter six bouteilles pour les yeux qui coûtent environ 160 \$ par bouteille. De plus, si elle souhaite des lentilles qui ne nécessiteront pas qu’elle porte des lunettes après la chirurgie, nous avons des lentilles optimisées dont le coût débute à 3 300 \$ par œil. Ces frais incluent la chirurgie et les lentilles elles-mêmes.

Q : Peut-elle payer pour se faire opérer plus rapidement?

R : La liste d’attente est de deux semaines comparativement à la liste d’attente du réseau public.

### **Clinique ChirurgiVision, Trois-Rivières**

#### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d’attente

Services vendus : chirurgie réfractive et chirurgie de la cataracte

(Entrevue téléphonique effectuée le 23 novembre 2016, à 11 h 40)

Q : Je vous appelle pour avoir de l’information au sujet d’une chirurgie de la cataracte pour ma grand-mère. Que doit-elle faire pour subir cette intervention à votre clinique?

R : Elle a besoin d’une prescription du médecin et les frais de la consultation sont de 100 \$.

Q : Doit-elle apporter sa carte d’assurance-maladie?

R : Oui.

Q : Y a-t-il des frais?

R : Le coût par œil est de 2 500 \$ à 4 000 \$ et cela comprend deux ans de suivi, comparativement à l’hôpital où seule la première semaine de suivi est couverte.

Q : Serait-il possible de payer pour qu’elle soit opérée plus rapidement plutôt que de se retrouver sur la liste d’attente du réseau public?

R : Si elle se fait opérer en clinique privée, de la consultation à l’intervention elle-même, cela prend moins d’un mois. À l’hôpital, cela prendrait de six à huit mois.

Q : Est-il possible de consulter votre chirurgien à l’hôpital sans frais?

R : C’est le Dr. Roy qui effectue les chirurgies de la cataracte. Il travaille à l’hôpital et il effectue également des chirurgies à notre clinique. Si elle veut passer par le réseau public, il opère à l’hôpital une seule fois par mois, mais il effectue cette chirurgie chaque semaine à la clinique.

### **Lasik MD, Montréal**

#### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical

2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : chirurgie de la cataracte, échange de lentilles réfractives et échange de lentilles presbytes

(Entrevue téléphonique effectuée le 23 novembre 2016, à 14 h 35)

Q : Je vous appelle pour avoir de l'information au sujet d'une chirurgie de la cataracte pour ma grand-mère. Que doit-elle faire pour subir cette intervention à votre clinique?

R : Elle doit d'abord venir pour une consultation, qui est une évaluation qui dure deux heures. C'est gratuit et cela sert à déterminer si elle est une bonne candidate à la chirurgie.

Q : A-t-elle besoin d'une référence?

R : Non ce n'est pas nécessaire puisque nous sommes une clinique privée.

Q : A-t-elle besoin de sa carte d'assurance-maladie?

R : Oui, mais uniquement des fins d'identification.

Q : Y a-t-il des frais?

R : Les frais sont de 2 500 \$ par œil et cela comprend l'intervention, les lentilles, les suivis postopératoires et un plan sur trois ans.

Q : Serait-il possible de payer pour qu'elle soit opérée plus rapidement plutôt que de se retrouver sur la liste d'attente du réseau public?

R : Après la consultation, nous pouvons lui donner un rendez-vous pour l'intervention dans un délai de quelques jours. Elle peut venir pour une consultation et subir l'intervention dans la même semaine.

Q : Qui fait l'évaluation? Est-ce la même personne qui effectue la chirurgie?

R : Notre spécialiste en soins oculaires effectuerait l'évaluation, puis un de nos chirurgiens de l'œil effectuerait la chirurgie.

Q : Est-il possible de consulter vos chirurgiens à l'hôpital sans frais?

R : Tous nos chirurgiens de l'œil travaillent uniquement à la clinique.

**Clinique Chirurgicale de Laval, Laval**

**Présumées violations à être enquêtées :**

1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical

2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : chirurgie orthopédique, chirurgie reconstructive

(Entrevue téléphonique effectuée le 22 novembre 2016, à 11 h 23)

Q : Je vous appelle pour obtenir de l'information au sujet d'une chirurgie pour une déchirure du LCA pour mon père. Que doit-il faire pour obtenir cette intervention à votre clinique?

R : Premièrement, la façon dont nous facturons nos patients à notre clinique est très différente parce que tous nos chirurgiens orthopédiques travaillent dans les hôpitaux du réseau public. En vertu de la *Loi*, ils n'ont pas le droit de facturer les patients séparément pour les chirurgies effectuées en clinique privée lorsqu'ils travaillent également dans le réseau public. Alors ce que nous faisons, c'est qu'il doit payer par l'entremise d'une tierce partie, comme une facture qui serait envoyée à son employeur. Si l'employeur est d'accord, nous discuterons avec lui et préparerons la facture. La totalité des frais doit être payée et un document doit être signé avant qu'il puisse venir pour son premier rendez-vous. Les frais de la consultation sont de 250 \$ et la chirurgie coûterait autour de 6 000 \$ à 8 000 \$. Tout est couvert dans ces frais, y compris trois suivis à la clinique après la chirurgie. Après la consultation, nous lui donnerions un rendez-vous pour l'intervention dans les deux à quatre semaines suivantes.

Q : Doit-il apporter sa carte d'assurance-maladie?

R : Oui, nous lui demandons de l'apporter mais normalement on ne l'utilise pas, sauf pour les examens.

Q : Y a-t-il une façon de consulter vos chirurgiens à l'hôpital?

R : Oui, tous nos chirurgiens orthopédiques travaillent à l'hôpital.

Q : A-t-il besoin d'attelles après l'intervention?

R : Oui, et il y a des frais additionnels de 150 \$ pour les attelles.

**Centre de chirurgie Westmount Square, Westmount**

**Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : services de spécialistes (cardiologie, gynécologie, chirurgie générale, orthopédie, etc.)

(Entrevue téléphonique effectuée le 22 novembre 2016)

Q : Je vous appelle pour obtenir de l'information au sujet d'une chirurgie pour une déchirure du LCA pour mon père. Que doit-il faire pour obtenir cette intervention à votre clinique?

R : Votre médecin de famille vous référerait à un de nos chirurgiens orthopédiques qui travaillent ici à notre clinique. Le chirurgien examinerait l'IRM et déterminerait si vous avez besoin de la chirurgie.

Q : Peut-il payer pour se faire opérer au genou plus rapidement comparativement au réseau public où son nom se retrouverait sur la liste d'attente?

R : S'il souhaite se faire opérer en clinique privée, nous avons le Dr Heron qui effectue des chirurgies au privé. Il doit aller le voir à son bureau et lui mentionner qu'il souhaite se faire opérer en clinique privée, sinon il va ajouter son nom sur la liste d'attente du réseau public. La chirurgie coûte 7 600 \$ et le prix couvre tout. C'est une chirurgie d'un jour et, dès qu'il est stable, on le retourne à la maison.

Q : Doit-il apporter sa carte d'assurance-maladie?

R : La carte d'assurance-maladie serait nécessaire au moment de la consultation parce que des analyses sanguines et un électrocardiogramme seraient effectués.

Q : Est-il possible de consulter le chirurgien à l'hôpital?

R : Nos chirurgiens ont des bureaux dans le réseau public.

**Clinique orthopédique Duval, Laval**

**Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Service vendu : chirurgie orthopédique

(Entrevue téléphonique effectuée le 22 novembre 2016, à 11 h 56)

Q : Je vous appelle pour obtenir de l'information au sujet d'une chirurgie pour une déchirure du LCA pour mon père. Que doit-il faire pour obtenir cette intervention à votre clinique?

R : Le coût de la consultation est de 200\$, nous devons voir l'IRM. La chirurgie coûte 7 500 \$ et cela comprend la chirurgie, le séjour d'une nuit, le suivi préopératoire et postopératoire, ainsi que les médicaments utilisés.

Q : A-t-il besoin d'une référence?

R : Non ce n'est pas nécessaire.

Q : Peut-il payer pour se faire opérer plus rapidement à votre clinique comparativement au réseau public où son nom se retrouverait sur la liste d'attente?

R : Oui, nous sommes uniquement une clinique privée. Nous pouvons lui donner un rendez-vous pour la consultation la semaine prochaine et le rendez-vous pour la chirurgie peut être donné d'ici deux à trois semaines.

Q : Doit-il apporter sa carte d'assurance-maladie?

R : La carte n'est pas nécessaire. Nous nous servons uniquement du numéro, mais il n'a pas besoin de l'apporter.

Q : Est-il possible de consulter le même chirurgien à l'hôpital?

R : Non parce que le Dr Duval est propriétaire de sa propre clinique et de son propre hôpital.

**Rockland MD, Montréal**

**Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : chirurgie d'urgence mineure, chirurgie bariatrique, gynécologie, coloscopie et dermatologie

(Entrevue téléphonique effectuée le 22 novembre 2016, à 11 h 07)

Q : Je vous appelle pour obtenir de l'information au sujet d'une chirurgie pour une déchirure du LCA pour mon père. Que doit-il faire pour obtenir cette intervention à votre clinique?

R : Il doit être référé par son médecin de famille; le coût de la chirurgie est de 7 195 \$ et cela comprend tout – y compris tous les soins préopératoires et postopératoires.

Q : Est-il possible de payer pour qu'il soit opéré au genou plus rapidement plutôt que de se retrouver sur la liste d'attente du réseau public?

R : Oui. Après la consultation, nous pouvons lui donner un rendez-vous pour l'intervention dans les 10 à 15 jours qui suivent.

Q : Doit-il apporter sa carte d'assurance-maladie?

R : Oui, il doit l'apporter à la première visite parce qu'elle est couverte.

Q : Est-il possible de consulter le même chirurgien à l'hôpital?

R : No, seulement à notre clinique.

Q : Aura-t-il besoin d'une thérapie après l'intervention?

R : Il passera de une à deux heures dans la salle de réveil après la chirurgie, puis on le retournera à la maison. Il y a de trois à quatre visites de suivi à la clinique, et elles sont couvertes dans les frais de 7 195 \$ de l'intervention.

**Institut de chirurgie spécialisée de Montréal, Montréal**

**Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : chirurgie plastique et chirurgie orthopédique

(Entrevue téléphonique effectuée le 28 mars 2017)

Q : Je vous appelle pour obtenir de l'information au sujet d'une chirurgie pour une déchirure du LCA pour mon père. Que doit-il faire pour obtenir cette intervention à votre clinique?

R : Nous avons besoin d'une référence du médecin et de l'imagerie. Le coût est de 200 \$ à 250 \$ pour la consultation. Le médecin évaluera le genou et déterminera le coût exact de l'intervention. Habituellement c'est entre 3 600 \$ et 7 800 \$. Pour une déchirure du LCA, ce serait plus près de 3 600 \$.

Q : Peut-il de payer pour se faire opérer au genou plus rapidement à votre clinique au lieu d'attendre pour se faire opérer à l'hôpital?

R : Après la consultation, nous pouvons lui donner un rendez-vous pour l'intervention dans un délai de une à trois semaines. Je ne sais pas quel est le temps d'attente à l'hôpital, mais nos patients ont dit qu'il était de huit mois à un an.

Q : Y a-t-il d'autres frais – pour des examens ou autre chose?

R : Après la chirurgie, les deux premiers suivis sont gratuits. Par la suite, chaque suivi coûte entre 110 et 140 \$ chacun. Il peut avoir autant de visites de suivi qu'il le désire.

Q : Doit-il apporter sa carte d'assurance-maladie? (Carte d'assurance-maladie de la province – mentionnez celle selon la province que vous appelez)

R : La carte d'assurance-maladie serait utilisée uniquement pour les dossiers, non pas pour la chirurgie.

Q : Où aurait lieu la chirurgie? Est-ce que ce serait à l'hôpital?

R : À la clinique.

### **Médecine Privée Notre-Dame, St-Lambert**

#### **Présumées violations à être enquêtées :**

1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical

2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : services privés de médecine familiale

(Entrevue téléphonique effectuée le 15 février 2017, à 10 h 39)

Q : Je suis intéressée à avoir un médecin de famille pour ma famille. Pouvez-vous m'en dire plus sur le fonctionnement de votre clinique?

R : Nos frais sont de 150 \$ pour d'abord ouvrir le dossier du nouveau patient; la première consultation coûte 220 \$, puis chaque suivi par la suite coûte 120 \$. (Sur le site Web, on précise que les frais sont de 105 \$/20 minutes, 160 \$/30 minutes, 210 \$/40 minutes, 320 \$/60 minutes, et 105 \$ pour chaque consultation urgente de 15 minutes)

Q : Quel est l'avantage d'avoir un médecin de famille en clinique privée comparativement à un médecin du réseau public?

R : Le principal avantage est que vous obtenez des rendez-vous plus rapidement et un accès plus facile aux médecins.

Q : Ai-je besoin de ma carte d'assurance-maladie?

R : Non, nous prenons uniquement votre nom et votre date de naissance initialement, puis votre adresse après la première consultation.

Q : Si je ne veux pas payer les frais d'adhésion, puis-je quand même avoir accès aux services offerts à votre clinique?

R : Non, nous offrons uniquement des services privés.

Q : Offrez-vous des services semblables à ceux offerts dans le réseau public? Offrez-vous des services non assurés?

R : Nous offrons les mêmes services que ce qui est couvert par la RAMQ, nous n'offrons pas de services non assurés. La seule différence est l'accès plus facile aux médecins.

### **Clinique médicale MD-Plus, Montréal**

#### **Présumées violations à être enquêtées :**

1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical

2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : cabinet de médecine familiale privé

(Entrevue téléphonique effectuée le 16 novembre 2016, à 13 h 14)

Q : Quel type de services offrez-vous à votre clinique?

R : Nous avons des médecins généralistes et des dermatologues, nous offrons des services de santé aux individus et aux familles.

Q : Y a-t-il des frais d'adhésion?

R : Oui, le coût est de 75 \$ par année pour être membre de notre clinique. Les prix pour les consultations sont séparés et ils sont de 95 \$ par consultation.

Q : Dois-je apporter ma carte d'assurance-maladie?

R : La carte serait utilisée à des fins d'identification, mais ce n'est pas obligatoire.

Q : Si je ne veux pas payer les frais d'adhésion, puis-je quand même avoir accès aux services offerts à votre clinique?

R : Oui, vous pouvez quand même payer pour nos services qui sont autres que nos frais d'adhésion, mais ce sera beaucoup plus élevé. Par exemple, pour une consultation d'urgence, si vous n'êtes pas membre, le coût serait de 197 \$, alors qu'il serait de seulement 95 \$ si vous étiez membre.

Q : Quel est le temps d'attente si je paye comparativement à si je ne paye pas les frais?

R : Si vous êtes membre, nous garantissons aux membres des rendez-vous le même jour. Mais si vous n'êtes pas membre, nous n'offrons pas cette garantie.

**Groupe Sentinelle Santé, Gatineau**

**Présumées violations à être enquêtées :**

1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical

Services vendus : services de santé privés, examens annuels et consultations d'urgence avec des infirmiers et des médecins.

(Entrevue téléphonique effectuée le 22 novembre 2016, à 10 h 30)

Q : Comment fonctionne votre clinique? Quel genre de services offrez-vous?

R : Nous sommes une clinique privée, nous avons des médecins généralistes ici. Le coût est de 60 \$ pour des consultations de 15 minutes avec un infirmier et de 175 \$ pour des consultations de 15 minutes avec un médecin. Pour chaque tranche de 15 minutes supplémentaire, nous facturons 10 \$ de plus. Nous offrons également des examens annuels qui coûtent 399 \$, ce prix comprend les références d'un médecin pour consulter un spécialiste et tous les examens dont vous avez besoin.

Q : Dois-je apporter ma carte d'assurance-maladie?

R : Oui, vous devez l'apporter. Par exemple, si vous avez besoin d'une analyse sanguine, nous vous demanderions de payer pour le coût de l'infirmier, mais l'analyse sanguine est couverte.

Q : Si je ne veux pas payer les frais, puis-je quand même avoir accès aux services offerts à votre clinique?

R : Non, puisque nous sommes une clinique privée, vous payez toujours les services offerts par le médecin de famille et 35 \$ pour les services d'un infirmier.

## Saskatchewan : 3

### **Open Skies IRM Diagnostics, Regina**

#### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : IRM

(Entrevue téléphonique effectuée le 30 novembre 2016, à 11 h 55)

Q : Que dois-je faire pour passer une IRM à votre clinique?

R : Un médecin de famille doit en faire la demande et cette demande sera évaluée par le technologue en IRM. Lorsque l'évaluation est retournée à la réception, nous vous appelons pour prendre un rendez-vous.

Q : Si je paye pour passer mon IRM à votre clinique, à quelle rapidité pourrai-je passer l'IRM comparativement au réseau public où mon nom se retrouverait sur la liste d'attente?

R : Le plus longtemps que vous devriez attendre pour une IRM est de deux à trois semaines après l'envoi de la demande.

Q : Quel est le coût de l'intervention?

R : Le prix initial pour une IRM est de 900 \$, mais le coût peut être plus élevé tout dépendamment de l'évaluation. Par exemple, si un contraste est nécessaire, alors il y aura des frais supplémentaires.

Q : Dois-je apporter ma carte d'assurance-maladie?

R : Oui, votre carte d'assurance-maladie est nécessaire parce que nous avons décidé d'utiliser l'information qui se trouve sur la carte d'assurance-maladie et de l'entrer dans notre ordinateur afin qu'elle puisse être transférée d'un système à l'autre.

Q : Quels sont les avantages de passer mon IRM dans une clinique privée?

R : Bon nombre de nos patients choisissent de passer leur IRM dans une clinique privée parce que le temps d'attente est moins long, on leur a dit que le temps d'attente à l'hôpital est de trois à quatre mois.

### **Mayfair Diagnostics Regina, Regina**

#### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : IRM, tomодensitogrammes, ostéodensitométrie, ultrason, rayon X et autres services d'imagerie diagnostique

(Entrevue téléphonique effectuée le 9 novembre 2016, à 10 h 00)

Q : Que dois-je faire pour passer une IRM à votre clinique? Dois-je être référée par un médecin?

R : Oui tout à fait.

Q : Ai-je besoin de la carte d'assurance-maladie?

R : Non, vous n'avez pas besoin de la carte d'assurance-maladie.

Q : Quel est le coût de l'intervention?

R : Le coût initial d'une IRM est de 950 \$, chaque partie du corps additionnelle coûtera 550 \$ et le contraste utilisé pour rehausser l'image diagnostique coûte 250 \$.

Q : Puis-je payer pour passer mon IRM plus rapidement?

R : L'IRM prendrait deux semaines, ce qui est plus rapide qu'à l'hôpital.

### **Regina Surgical Centre, Regina**

#### **Présumées violations à être enquêtées :**

- 1) Facturation des patients pour les services nécessaires sur le plan médical
- 2) Possibilité de contourner les listes d'attente

Services vendus : chirurgie orthopédique, chirurgie plastique, chirurgie générale et autres interventions chirurgicales

(Entrevue téléphonique effectuée le 9 novembre 2016, à 11 h 26)

Q : Je vous appelle pour obtenir de l'information au sujet d'une chirurgie pour une déchirure du LCA pour mon père. Que doit-il faire pour obtenir cette intervention à votre clinique?

R : La régie de la santé et la CAT retiennent les services de la clinique en sous-traitance.

Q : Doit-il être référé?

R : Oui, par son médecin, et il doit avoir les rayons X et d'autres informations.

Q : Est-ce qu'un de vos médecins peut le référer?

R : Oui, un de nos médecins peut le recevoir pour une consultation et le référer.

Q : Pourrait-il payer pour se faire opérer au genou plus rapidement à votre clinique?

R : Oui, nous faisons des chirurgies privées à notre clinique.

Q : Doit-il apporter sa carte d'assurance-maladie?

R : Oui, je crois que ce serait nécessaire.

Q : Y a-t-il des frais? Ces frais comprennent quoi exactement?

R : Les frais de consultation sont d'environ 200 \$. Le prix sera approximativement de 5 525 \$ pour une déchirure du LCA. Ce coût comprend la chirurgie, les frais d'établissement, le chirurgien, l'anesthésie, les frais d'assistance médicale et les frais de rétablissement. Des attelles sont fournies à notre clinique, mais il y a des frais supplémentaires.