

# 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

Par Natalie Mehra, Directrice générale, Coalition ontarienne de la santé

Commandité par : La Coalition de la santé de la C-B, la Coalition canadienne de la santé, Friends of Medicare (Alberta), la Coalition de la santé de la Nouvelle-Écosse, la Coalition de la santé de l'Î-P-E, la Coalition de la santé de la Saskatchewan

---

## RÉSUMÉ

*« Les soins de santé privés, anciennement tabous, sont devenus un symbole de statut social pour ceux et celles qui peuvent se les payer. Des cliniques anti-âge aux cliniques d'Alzheimer, voici cinq des cliniques les plus recherchées dans la ville... » [Traduction]*

Lauren McKeon, "Five of Toronto's most exclusive medical clinics" *Toronto Life*. 26 février 2014

Ainsi s'exprime le magazine *Toronto Life* dans un article au sujet des cliniques médicales privées appelées cliniques médicales « boutiques ». Situées exclusivement dans les quartiers les plus riches des plus grands centres urbains du Canada, où se trouve la clientèle bien nantie, ces cliniques vendent une variété de tests et d'interventions médicalement nécessaires.

Les honoraires pour ces cliniques « boutiques » sont beaucoup plus que ce que le Canadien moyen peut se permettre de payer. En Alberta, des chercheurs de la Coalition de la santé se sont fait donner un prix de 1 775 \$ pour un bilan de santé complet et un autre 600 \$ pour un test d'IRM médicalement nécessaire. En Colombie-Britannique, des chercheurs se sont fait dire qu'un bilan de santé complet coûterait 1 850 \$ et les droits d'adhésion annuels variaient de 895 \$ à 3 495 \$. En Ontario les prix allaient de 1 500 \$ à plus de 4 000 \$ par année. (Le haut de gamme se présente ainsi : une seule visite à ces cliniques, au coût de 4 000 \$, est pratiquement l'équivalent du coût total annuel des soins de santé publics par personne au Canada). Au Québec, les honoraires ont été établis à la minute – plus longue est la consultation, plus ça coûte cher. Les honoraires pour voir un médecin 15 minutes ou plus vont de 95 \$ à 320 \$. Les visites urgentes sont plus dispendieuses et, les chercheurs se sont fait dire, qu'un examen annuel coûterait 400 \$.

Ces prix, qui font dresser les cheveux sur la tête, font partie d'une étude menée partout au Canada sur les cliniques privées afin de déterminer si elles facturent des frais d'utilisation supplémentaires pour des services médicalement nécessaires. Les résultats? La majorité des cliniques privées le font et, en fait, elles violent de façon flagrante les lois canadiennes régissant l'assurance-maladie et protégeant les patients des frais d'utilisation pour des soins médicalement nécessaires. Ces cliniques facturent les patients – souvent des personnes âgées – des centaines et même des milliers de dollars pour des soins médicalement nécessaires. Il ne fait aucun doute, les cliniques privées vont à l'encontre du principe selon lequel les soins de santé devraient être

dispensés également à toutes les personnes du Canada, selon le besoin et non pas le revenu. Avec l'augmentation du nombre de cliniques privées, les principes fondamentaux d'équité et de compassion, sur lesquels le système public canadien de soins de santé repose, sont à risque.

De l'automne 2016 au printemps 2017, des chercheurs des coalitions de la santé ont appelé toutes les cliniques privées qu'ils ont pu trouver 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.<sup>1</sup>

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. (Prix entre 900\$ et plus de 4000\$)
- 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. 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.

Dans chaque cas, les honoraires facturés aux patients par les cliniques privées étaient beaucoup plus élevés que les coûts au sein du système public de soins de santé. Par exemple, les chirurgies de la cataracte coûtent de 450 \$ à 550 \$ dans le système public en Ontario et en Colombie-Britannique. Or, les cliniques privées chargent le triple ou plus (1 500 à 2 000+ \$). De plus, c'est maintenant la norme pour ces cliniques de charger 100 \$ ou plus pour des mesures de l'œil médicalement non nécessaires. Le coût d'un test de base d'IRM dans un hôpital public de la C.-B. ou de l'Ontario varie de 230 \$ à 350 \$. Ce même test dans plusieurs cliniques privées coûte trois à cinq fois plus (900 \$ à 1 000+ \$). Les prix que nous avons trouvés pour les chirurgies orthopédiques dans des cliniques privées sont le double ou le triple de ceux au sein du système 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

---

<sup>1</sup> Après la fin de notre sondage et sa publication, nous avons trouvé une nouvelle clinique au Nouveau-Brunswick qui

enfreint ouvertement la Loi canadienne sur la santé, ce qui porte à 89 le nombre total de cliniques dans 7 provinces.

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.

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 nos 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.

-----

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, menaçant le droit des Canadiens d'avoir accès aux soins de santé publics sans risque financier.

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. Partout au pays, des luttes pour l'avenir de notre système public de soins de santé sont en cours.

Marial 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 et le principe fondateur de notre système de santé qui est un accès égal aux soins de santé pour tous. En Ontario, une tentative d'expansion des cliniques privées par réglementation a été arrêtée lorsque les défenseurs de la Coalition de la santé ont tenu un référendum volontaire et ont recueilli près de 100 000 votes en opposition.

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.

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.

Les activistes ontariens ont également arrêté l'expansion des cliniques privées et réduit les frais d'utilisation.

Mais la menace est réelle. 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 ,

*« En tant que société, nous sommes conscients du 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 . »*

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.

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 pauvre.

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 désirent, améliorer l'accès aux soins et mettre fin à la montée de la privatisation. Le gouvernement fédéral doit reconnaître tous les dommages causés parce qu'il est allé trop loin dans l'élimination et la privatisation de services offerts par les hôpitaux publics. Le gouvernement doit cesser d'encourager les hôpitaux publics à diminuer davantage les services et doit exiger que les provinces respectent le mandat de la Loi canadienne sur la santé selon lequel tous les soins, y compris les soins hospitaliers, soient dispensés selon le besoin de la population. Cela signifie prendre au sérieux les conditions inhumaines et dangereuses engendrées par le surpeuplement des hôpitaux et les temps d'attente excessifs, et planifier pour augmenter la capacité des hôpitaux publics afin de répondre aux besoins du public.

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.