



Réformes de la santé: Jusqu'où peut-on étirer l'élastique?

Un débat fait rage depuis plusieurs années au Québec et ailleurs au Canada sur les façons de remédier aux lacunes du système de santé public. On constate toutefois une confusion majeure en ce qui a trait au contexte juridique québécois et canadien qui encadre ce débat. Le carcan législatif qui maintient depuis une vingtaine d'années le caractère public du système de santé est en effet non seulement complexe, mais sujet à des interprétations diverses. Qu'est-ce qui est permis à l'intérieur des lois actuelles? Quelles lois un gouvernement provincial à la volonté réformiste devrait-il modifier pour mener à bien ses réformes? Quelle latitude la législation fédérale laisse-t-elle aux provinces qui voudraient réformer leur système?

Cette *Note économique* vise à faire la lumière sur ces questions, sans discuter le pour ou le contre des diverses propositions. On peut distinguer deux types de réformes: 1. celles qui visent une réorganisation du réseau public ou le recours au secteur privé pour la prestation des services, qui pourraient se faire sans changement législatif majeur et sans remise en question du monopole de l'État sur la santé; 2. celles qui remettent en question le financement public de la santé, qui nécessiteraient des amendements à la *Loi canadienne sur la santé*¹ et, à l'échelle provinciale, à la *Loi sur l'assurance maladie*² et à la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*³.

Le contexte juridique

Le gouvernement fédéral intervient en matière de santé par le truchement de la *Loi sur la santé*. Celle-ci établit les conditions que les provinces et territoires doivent respecter pour avoir droit au versement intégral de la contribution pécuniaire du gouvernement fédéral. Elle n'a pas de portée obligatoire. Une loi provinciale qui est en contravention avec la *Loi sur la santé* n'est donc pas invalide

ou illégale. La sanction d'une violation de la *Loi sur la santé* est purement politique et ses répercussions sont financières, et non juridiques.



Les provinces doivent satisfaire à plusieurs exigences pour avoir droit au versement intégral de la contribution pécuniaire du gouvernement fédéral. Il y a d'abord les cinq conditions d'octroi, soit la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité. D'autres exigences concernent la surfacturation et les frais modérateurs ainsi que la publicité qui doit être faite de la contribution fédérale au système de santé de la province.

Ce sont les lois provinciales qui établissent en sa quasi totalité le système de santé public au Canada. Le monopole de fait de l'État québécois est assuré principalement par l'article 15 de la *Loi sur l'assurance maladie* et par l'article 11 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*. Tout le régime public de santé repose sur la notion de « service assuré ». Un service assuré est un service requis du point de vue médical et dispensé par un médecin⁴.

¹ L.R.C. 1985, c. C-6 (« *Loi sur la santé* »).

² L.R.Q. c.A-29.

³ L.R.Q. c.A-28.

⁴ Voir art. 1a) et 3a) de la *Loi sur l'assurance maladie*.



L'article 15 de la *Loi sur l'assurance maladie* interdit à toute personne de faire ou de renouveler un contrat d'assurance ou d'effectuer un paiement en vertu d'un contrat d'assurance portant sur un service assuré pour le compte d'un bénéficiaire du régime public d'assurance maladie. L'article 11 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* interdit quant à lui les contrats et paiements pour les services hospitaliers compris dans les services assurés. Cette disposition complète la précédente. Non seulement l'assurance est-elle interdite, mais l'est également tout paiement pour un service hospitalier⁵.

Non seulement l'assurance est-elle interdite, mais l'est également tout paiement pour un service hospitalier.

On peut toutefois avoir recours à des assurances privées ou payer directement pour les soins médicaux qui ne sont pas médicalement requis ou qui ne sont pas qualifiés de services assurés, par exemple les soins dentaires. Le paiement pour un service assuré est aussi permis *a contrario* par l'article 11 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* pour les services non hospitaliers (dans le sens que l'entend la législation provinciale). Seuls les médecins non participants au régime d'assurance maladie provincial peuvent toutefois exiger un tel paiement puisque l'article 22 de la *Loi sur l'assurance maladie* l'interdit aux médecins participants. La loi empêche en effet les médecins d'être rémunérés à la fois à l'intérieur et à l'extérieur du régime d'assurance public pour les services assurés. Ainsi, un médecin peut pratiquer la médecine en dehors du régime public s'il ne rend aucun service hospitalier, c'est-à-dire s'il ne dispense que des services qui ne nécessitent pas l'hébergement du bénéficiaire. Le paiement est donc permis pour des chirurgies d'un jour et des chirurgies électives (ophtalmologiques ou orthopédiques), ou encore pour des visites à domicile.

1. Les réformes à l'intérieur du cadre juridique

Toute réorganisation de la gestion du système public est permise à l'intérieur de ce cadre juridique. On parle ici de réformes telles que l'abolition des plafonnements et quotas imposés aux médecins, la décentralisation vers les régions du rôle décisionnel du ministère de la Santé et des Services sociaux ou le remplacement des régies régionales de la santé par d'autres structures.

Les réformes qui visent le recours au secteur privé dans la prestation des services suscitent plus de controverse et ont été dénoncées comme contraires à l'esprit du régime de santé public canadien par ceux qui s'y opposent. Les gouvernements provinciaux disposent cependant d'une grande latitude pour avancer dans cette direction.

En gros, tout recours additionnel au secteur privé dans la prestation des services est permis aussi bien par la *Loi sur la santé* que par les lois québécoises dans la mesure où le système public demeure universel, où aucun service médicalement requis n'est retiré de la liste des services assurés et où l'État continue de financer *intégralement* tous les soins assurés. Cette plus grande place accordée au secteur privé ne doit pas non plus violer la condition de gestion publique du système énoncée dans la *Loi sur la santé*. Cette condition suppose que le régime provincial d'assurance maladie soit géré par une autorité publique sans but lucratif, que cette autorité soit responsable devant le gouvernement provincial de sa gestion et qu'elle soit assujettie à la vérification de ses comptes et opérations financières⁶.

Tout recours au secteur privé comme fournisseur de service en partenariat avec le secteur public ne nécessite aucun changement à la Loi sur la santé ni aux fameux articles 15 et 11 des lois québécoises.

En autant que ces exigences sont respectées, tout recours au secteur privé comme fournisseur de service en partenariat avec le secteur public ne nécessite aucun changement à la *Loi sur la santé* ni aux fameux articles 15 et 11 des lois québécoises mentionnées plus haut. Parmi les réformes de ce type, on peut penser à la privatisation des services de buanderie, cafétéria ou nettoyage dans les hôpitaux. L'impartition à des cliniques privées affiliées aux centres hospitaliers de services cliniques spécialisés ou de services de soutien (diagnostics, radiologie, laboratoires, interventions chirurgicales de courte durée, suivis post-opératoires, etc.) ne contrevient pas non plus à la loi. Suite à une controverse en 2000, le gouvernement fédéral a par ailleurs renoncé à contester le *Health Care Protection Act*⁷ de l'Alberta permettant aux cliniques privées de traiter des patients référés par des hôpitaux à partir de leurs listes d'attentes, dans les mêmes conditions et aux mêmes tarifs que dans le secteur public.

⁵ La constitutionnalité de ces articles a été contestée sans succès jusqu'à maintenant dans l'affaire *Chaoulli c. Québec* (P.G.), en attente d'autorisation d'en appeler à la Cour suprême du Canada. L'argument des requérants Chaoulli et Zeliotis dans cette affaire est que dans la mesure où l'État n'est pas capable de fournir en temps opportun les services médicalement requis et dans la mesure où l'État n'utilise pas toutes les ressources disponibles, il ne peut pas empêcher le bénéficiaire d'utiliser ses propres ressources financières pour obtenir des soins sans qu'il y ait une violation du droit à la vie. Ce droit est garanti par l'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés*, partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982*, constituant l'annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada* (R.-U.), 1982, c. 11.

⁶ Art. 8 de la *Loi sur la santé*.

⁷ L.R.A 2000, c. H-1, mieux connu sous le nom de « loi 11 ».



On peut également envisager des partenariats public-privé où des corporations à but lucratif financent, construisent et administrent des hôpitaux privés, dont les installations sont louées au gouvernement. Dans ce type d'arrangement, l'État continue de financer la totalité des frais médicaux couverts et reste le maître d'œuvre de la gestion du système public. Seule la gestion des infrastructures physiques est impartie au secteur privé. Les gouvernements de l'Ontario et de la Colombie-Britannique ont déjà annoncé la mise en marche de trois projets de ce type.

2. Remettre en question le monopole de l'État sur le financement

La véritable controverse en ce qui a trait au cadre juridique des réformes de la santé touche la remise en question du monopole de l'État sur le financement des soins assurés.

La véritable controverse touche la remise en question du monopole de l'État sur le financement des soins assurés.

Une première façon de contourner les obstacles de la loi est de désassurer des services lorsqu'ils sont offerts en clinique privée en modifiant l'article 22 du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*⁸. On les met ainsi hors de portée des articles 15 de la Loi sur l'assurance maladie et 11 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*. Un système de santé privé parallèle, permettant le paiement ou une couverture par assurances privées, pourrait alors se développer par de simples amendements au *Règlement*. C'est déjà le cas pour quelques services seulement, par exemple pour l'imagerie par résonance magnétique. Mais le gouvernement pourrait désassurer d'autres services et les médecins pourraient les offrir sans avoir à se désaffilier du régime public.

Dans la mesure où *tous* ces services continueraient d'être offerts *gratuitement* dans le régime public, ces modifications ne violent pas les conditions de la *Loi sur la santé*. Ainsi, un médecin participant pourrait facturer la RAMQ pour un service lorsqu'il le rend dans un hôpital et facturer un patient pressé et prêt à payer pour le même service dans son cabinet privé.

La seconde façon de mettre fin au monopole de l'État sur le financement des services est d'abroger les articles 15 et

11 afin de permettre le paiement et l'assurance privée pour tous les types de services, y compris les soins hospitaliers. C'est toutefois ici que la loi fédérale entre en jeu. Même si on enlève les obstacles légaux provinciaux, cette situation pourrait être en violation des dispositions de la *Loi sur la santé* portant sur les « frais modérateurs » dans la mesure où le patient débourse de sa poche pour des frais d'établissement (administratifs ou cliniques) et que le médecin est rémunéré par le régime public d'assurance-santé.

Dans sa lettre en date du 6 janvier 1995 qui nous permet d'interpréter la loi, la ministre de la Santé du Canada d'alors, Diane Marleau, a appliqué les interdictions de la *Loi sur la santé* concernant les frais modérateurs aux « frais d'établissements » lorsque ceux-ci sont imposés pour un service médical. C'est le cas même lorsque le service est dispensé en clinique privée car, selon la ministre, une clinique est un « hôpital » au sens de la *Loi sur la santé*. Sans cette interdiction, la contribution fédérale se trouverait selon elle à subventionner un système à deux paliers⁹. Dans la mesure où le régime d'assurance-santé de la province paie la rémunération du médecin, les actes qu'il pose le sont à l'intérieur du régime public. Par conséquent, permettre à quelqu'un de payer pour passer plus vite viole les conditions d'accessibilité et d'universalité parce que les services ne sont pas offerts selon des modalités uniformes. Notons que si le surplus était payable au médecin et non à l'État, il s'agirait alors de « surfacturation », illégale elle aussi¹⁰.

Une violation à la *Loi sur la santé* amène une déduction de la contribution fédérale proportionnelle aux frais modérateurs facturés¹¹. Par ailleurs, un manquement à une des cinq conditions peut mener à la réduction ou la retenue de la contribution pécuniaire du fédéral¹².

Avec les amendements législatifs appropriés aux lois provinciales, la distribution de services de santé totalement en marge du secteur public n'est pas incompatible avec la loi fédérale.

Ceci étant dit, avec les amendements législatifs appropriés aux lois provinciales (i.e., l'abrogation des articles 15 et 11 mentionnés plus haut), la distribution de services de santé *totalement en marge du secteur public* n'est pas incompatible avec la loi fédérale. Tant que le système public est géré par l'État et continue d'offrir des soins de façon

⁸ À ne pas confondre avec l'article 22 de la *Loi sur l'assurance maladie* qui interdit aux médecins participants d'exiger des paiements.

⁹ « De plus, lorsque des cliniques qui reçoivent des fonds publics pour dispenser des services médicalement nécessaires exigent en supplément des frais d'établissement, les personnes qui ont les moyens de payer de tels frais sont directement subventionnées par tous les autres Canadiens et Canadiennes. Il m'apparaît tout à fait inacceptable de subventionner de la sorte un système de santé à deux paliers. » (Diane Marleau) Voir l'annexe à cette *Note économique* sur le site Web de l'IEDM à <http://www.iedm.org/uploaded/pdf/santejuridiqueannexe.pdf>.

¹⁰ Voir l'article 2 "surfacturation" et l'article 18 de la *Loi sur la santé*.

¹¹ Art. 20 de la *Loi sur la santé*.

¹² Art. 14-17 de la *Loi sur la santé*.



intégrale, universelle et accessible, rien n'empêche un patient de recourir au secteur privé et de payer tous les frais. Il pourrait alors se développer un système parallèle, incluant des services hospitaliers, où des patients se feraient soigner dans des institutions entièrement privées (« non conventionnées »), et paieraient de leur poche ou au moyen d'assurances privées. Ce système parallèle privé existerait en marge d'un système public qui remplirait toujours les conditions de la *Loi sur la santé*.

Qui plus est, dans la mesure où des hôpitaux entièrement gérés par le secteur privé existaient au Québec, rien dans la *Loi sur la santé* n'interdirait à la RAMQ de contracter avec un tel hôpital pour fournir des soins à un bénéficiaire, *mais le paiement devrait être total*. C'est ce que le gouvernement fait par exemple lorsqu'il envoie des patients cancéreux se faire traiter dans des hôpitaux américains et qu'il défraie tous les coûts, sauf que les hôpitaux privés seraient alors situés au Québec. Notons que le gouvernement ne pourrait pas subventionner ces hôpitaux privés sans violer la *Loi sur la santé* parce qu'en ce cas les patients qui paient bénéficieraient indirectement de la contribution de l'État. Également, des amendements aux lois provinciales, en particulier à l'article 22 de la *Loi sur l'assurance maladie*, permettraient aux professionnels de la santé de travailler tant dans le secteur privé que dans le secteur public sans contrevenir à la *Loi sur la santé*.

*Un gouvernement québécois qui croit dans
l'efficacité de l'économie de marché n'a pas
d'excuse juridique pour s'empêcher de
réformer le système de santé.*

Conclusion

Pour résumer, un gouvernement québécois qui croit dans l'efficacité de l'économie de marché n'a pas d'excuse juridique pour s'empêcher de réformer le système de santé. Il peut déjà, sans aucun changement majeur dans le carcan législatif qui maintient le monopole de l'État¹³, intégrer des notions telles la flexibilité et la concurrence dans la gestion publique. Il peut également accroître le recours au secteur privé dans la prestation des soins, dans la mesure où il continue de financer intégralement tous les soins assurés et que cette plus grande place accordée au secteur privé ne viole pas la condition de gestion publique du système énoncée dans la *Loi sur la santé*.

C'est la mixité du financement public et privé qui pose problème. Il serait ainsi impossible de permettre à un patient de payer pour obtenir plus rapidement un service dispensé par le secteur public, ou inversement de financer partiellement à l'aide de fonds publics les soins dispensés dans un régime parallèle privé, sans contrevenir à la *Loi sur la santé*. Le gouvernement peut cependant désassurer des services, ou encore abroger les articles 15 de la *Loi sur l'assurance maladie* et 11 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* de façon à permettre le développement d'un secteur privé parallèle au secteur public, où les patients seraient libres de payer directement ou au moyen d'assurances privées pour tous les services.

¹³ Sous réserve des lois existantes du travail et des conventions collectives en vigueur.

Institut Économique de Montréal

Institut économique de Montréal
6418, rue Saint-Hubert
Montréal (Québec)
H2S 2M2 Canada
Téléphone: (514) 273-0969
Télécopieur: (514) 273-0967
Courriel: info@iedm.org
Site Web : www.iedm.org

L'institut économique de Montréal (IEDM) est un institut de recherche et d'éducation indépendant, non partisan et sans but lucratif. Il œuvre à la promotion de l'approche économique dans l'étude des politiques publiques.

Fruit de l'initiative commune d'entrepreneurs, d'universitaires et d'économistes de Montréal, l'IEDM ne reçoit aucun financement public.

Abonnement annuel aux publications de l'Institut Économique de Montréal : 68,00 \$.

Président du conseil :
Adrien D. Pouliot
Directeur exécutif :
Michel Kelly-Gagnon

Les opinions émises dans cette publication ne représentent pas nécessairement celles de l'Institut économique de Montréal ou des membres de son conseil d'administration.

La présente publication n'implique aucunement que l'Institut économique de Montréal ou des membres de son conseil d'administration souhaitent l'adoption ou le rejet d'un projet de loi, quel qu'il soit.

Reproduction autorisée à condition de
mentionner la source.

© 2003 Institut économique
de Montréal

Imprimé au Canada