

**L'ASSURANCE-SANTÉ PRIVÉE « DUPLICATIVE » :
CONSÉQUENCES POSSIBLES POUR LE QUÉBEC ET LE CANADA**

**Odette Madore
Division de l'économie**

Le 20 mars 2006

Le Service d'information et de recherche parlementaires de la Bibliothèque du Parlement travaille exclusivement pour le Parlement, effectuant des recherches et fournissant des informations aux parlementaires et aux comités du Sénat et de la Chambre des communes. Entre autres services non partisans, il assure la rédaction de rapports, de documents de travail et de bulletins d'actualité. Les analystes peuvent en outre donner des consultations dans leurs domaines de compétence.

**THIS DOCUMENT IS ALSO
PUBLISHED IN ENGLISH**

TABLE DES MATIÈRES

	Page
INTRODUCTION	1
BRÈVE COMPARAISON DES SYSTÈMES	2
LES ÉLÉMENTS DE PREUVE : EXAMEN DE LA DOCUMENTATION.....	5
CONSÉQUENCES POSSIBLES POUR LE QUÉBEC ET LE CANADA.....	8
RÉACTIONS DU QUÉBEC ET DE L'ALBERTA À L'ARRÊT <i>CHAULLI</i>	11
CONCLUSION.....	12
BIBLIOGRAPHIE.....	13



CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

L'ASSURANCE-SANTÉ PRIVÉE « DUPLICATIVE » : CONSÉQUENCES POSSIBLES POUR LE QUÉBEC ET LE CANADA

INTRODUCTION

Le 9 juin 2005, la Cour suprême du Canada a statué que l'interdiction par le Québec de l'assurance-santé privée et les restrictions qui en résultent pour ses résidents quant à la possibilité d'obtenir des soins dans le secteur privé contreviennent à la *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec⁽¹⁾. Cet arrêt, rendu dans l'affaire *Chaoulli*, pourrait ouvrir la voie à une assurance-santé privée « duplicative » au Québec et – peut-être – dans le reste du Canada⁽²⁾.

L'assurance privée duplicative offre une protection pour des soins de santé déjà couverts par le régime public d'assurance-santé. Les gens qui adhèrent à un régime privé d'assurance-santé paient deux fois leurs soins : par le truchement de leur impôt sur le revenu et, de nouveau, par leurs primes d'assurance, car ils ne peuvent se retirer du régime public⁽³⁾. Ils ont ensuite la possibilité de choisir dans quel régime ils obtiendront leurs soins : le régime financé par l'État ou le régime privé.

(1) *Chaoulli c. Québec (Procureur général)*, 2005 CSC 35.

(2) Voir Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité, document de consultation*, Gouvernement du Québec, février 2006; Roger Chafe, « Ruling on Private Insurance Has Far-Reaching Impact », *Nexus Online*, Newfoundland and Labrador Medical Association Newsletter, automne 2005; Valentin Petkantchin, *Note économique* sur le financement des soins de santé privés, Collection « santé », Institut économique de Montréal, novembre 2005; Groupe de réflexion sur le système de santé du Québec, « L'arrêt Chaoulli et le système de santé du Québec : Sept propositions pour répondre au jugement de la Cour suprême », communiqué, Montréal, 21 novembre 2005; Colleen M. Flood, Mark Stabile et Sasha Kontic, « Finding Health Policy Arbitrary: The Evidence on Waiting, Dying, and Two-Tier Systems », dans *Access to Care – Access to Justice: The Legal Debate Over Private Health Insurance in Canada*, sous la dir. de Colleen M. Flood, Kent Roach et Lorne Sossin, University of Toronto Press, 2005, p. 296 à 320.

(3) Voir OCDE, *Private Health Insurance in OECD Countries*, The OECD Health Project, 2004; Elias Mossialos et Sarah Thompson, *L'assurance-maladie volontaire dans plusieurs États membres de l'UE*, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Organisation mondiale de la santé, 2004.

Le présent document passe en revue les expériences de l’Australie, de la Nouvelle-Zélande et du Royaume-Uni – où les régimes privés duplicatifs sont permis – afin d’évaluer les conséquences possibles de tels régimes pour le Québec (et le Canada).

BRÈVE COMPARAISON DES SYSTÈMES

Comme au Québec et dans les autres provinces canadiennes, le système de soins de santé de l’Australie, de la Nouvelle-Zélande et du Royaume-Uni est financé principalement par le régime d’imposition général. Contrairement au Québec et à cinq autres provinces (la Colombie-Britannique, l’Alberta, le Manitoba, l’Ontario et l’Île-du-Prince-Édouard)⁽⁴⁾, l’Australie, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni n’interdisent pas l’assurance-santé privée duplicative⁽⁵⁾. De tels régimes sont autorisés dans les quatre autres provinces (Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse et Saskatchewan), mais cela n’a pas entraîné la mise en place d’un système privé parallèle comme en Australie, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni. Dans ces provinces et dans les autres (à l’exception de Terre-Neuve-et-Labrador), des facteurs de dissuasion économique (examinés plus en détail ci-dessous) expliquent l’absence de régimes privés florissants et fonctionnant côte à côte avec le régime public⁽⁶⁾.

Parmi les pays de l’OCDE, c’est l’Australie qui constitue l’exemple le plus notable d’assurance-santé fournie par le secteur privé. On y permet une assurance privée duplicative pour les services hospitaliers, mais on l’interdit pour les services de médecin dispensés en dehors des hôpitaux. Une proportion importante de la population bénéficie de l’assurance privée et le gouvernement australien encourage fortement ses résidents à se la procurer en offrant une remise de 30 p. 100 sur les primes. Le gouvernement exige également que l’assurance privée soit à tarification uniforme : les assureurs privés doivent imposer les mêmes primes à tous les acheteurs, peu importe leur revenu ou leur état de santé⁽⁷⁾.

(4) Colleen M. Flood et Tom Archibald, « The Illegality of Private Health Care in Canada », *Journal de l’Association médicale canadienne*, vol. 164, n° 6, 20 mars 2001, p. 825 à 830.

(5) OCDE (2004); Mossialos et Thompson (2004).

(6) Flood et Archibald (2001).

(7) OCDE (2004).

Les régimes privés duplicatifs jouent un rôle moins important dans le financement des soins de santé en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni, bien que la proportion de la population ainsi assurée ait augmenté constamment ces dernières années. Contrairement à ce qui se passe en Australie, les assurances privées duplicatives de la Nouvelle-Zélande et du Royaume-Uni sont autorisées tant pour les services hospitaliers que pour les services médicaux; toutefois, elles sont demeurées plus concentrées dans le secteur hospitalier. Contrairement à l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni ne subventionnent ni ne réglementent les primes des régimes privés d'assurance-santé⁽⁸⁾.

En Australie, comme en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni, les médecins peuvent travailler dans le système public tout en continuant à pratiquer dans le secteur privé (ce qu'il est convenu d'appeler la « double pratique »). En outre, dans ces trois pays, les médecins obtiennent une meilleure rémunération dans le secteur privé⁽⁹⁾. La possibilité de travailler dans les deux secteurs, conjuguée à une rétribution plus élevée dans le secteur privé, a créé un incitatif économique pour servir les patients des régimes privés⁽¹⁰⁾.

Cela est très différent de l'expérience du Québec et de toutes les autres provinces (à l'exception de Terre-Neuve-et-Labrador), où la double pratique est soit interdite soit fortement découragée. Les médecins ne peuvent être rémunérés en même temps par le secteur public et le secteur privé; ils doivent soit travailler dans le secteur public, soit se « désengager », c'est-à-dire se retirer du régime entièrement afin de se consacrer à leur pratique dans le secteur privé⁽¹¹⁾. Et même si chaque province autorise les médecins à se désengager, les lois provinciales en matière d'assurance-santé comportent souvent des facteurs de dissuasion économique qui les découragent de le faire. Au Manitoba, en Nouvelle-Écosse et en Ontario⁽¹²⁾, les médecins qui se retirent du régime public ne peuvent réclamer à leurs patients dans le secteur privé des sommes supérieures à celles qui sont payables en vertu du régime public; il n'y a donc pour eux aucun

(8) OCDE (2004); Mossialos et Thompson (2004).

(9) Il convient de noter qu'au Royaume-Uni, on limite pour les médecins travaillant à plein temps dans des hôpitaux publics les sommes qu'ils peuvent facturer dans le secteur privé pour compléter leurs revenus du secteur public.

(10) OCDE (2004); Mossialos et Thompson (2004); Carolyn Hughes Tuohy, Colleen M. Flood et Mark Stabile, *How Does Private Finance Affect Public Health Care Systems? Marshalling the Evidence from OECD Nations*, Université de Toronto, octobre 2000.

(11) Lorsque les médecins se « désengagent », ils renoncent à leur droit de facturer le régime public.

(12) En Ontario, le désengagement n'est plus autorisé de façon générale depuis mai 2004. Les médecins qui s'étaient retirés du régime avant cette date peuvent toutefois continuer à pratiquer dans le secteur privé.

gain additionnel provenant des patients traités dans le secteur privé. Au Québec et dans cinq autres provinces (l'Alberta, la Colombie-Britannique, le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard et la Saskatchewan), les médecins qui se désengagent peuvent réclamer des honoraires plus élevés que ceux prévus dans le régime public, mais leurs patients ne peuvent se faire rembourser par le régime public. Autrement dit, les patients doivent assumer eux-mêmes l'ensemble des coûts des services de santé qu'ils reçoivent. La demande de services dispensés par des médecins qui se sont désengagés est par conséquent minime, car elle se limite à ceux qui sont en mesure de payer⁽¹³⁾.

À cause des lois provinciales en matière de soins de santé, le nombre de médecins désengagés est très limité au Canada. Au 31 mars 2004, aucun médecin ne s'était retiré du régime public en Alberta, au Manitoba, au Nouveau-Brunswick, à Terre-Neuve-et-Labrador, en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard et en Saskatchewan. Par comparaison, six médecins s'étaient retirés en Colombie-Britannique, 129 en Ontario et 97 au Québec⁽¹⁴⁾.

Terre-Neuve-et-Labrador est la seule province qui n'a pas recours à des facteurs de dissuasion économique pour décourager les médecins de se désengager. Comme nous l'avons mentionné plus haut, cette province autorise également la double pratique et l'assurance-santé privée duplicative⁽¹⁵⁾. Il s'ensuit que le système de soins de santé de la province s'apparente quelque peu à ceux de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et du Royaume-Uni. Néanmoins, il ne s'est pas développé d'activité importante en ce qui concerne l'assurance-santé et la prestation des soins dans le secteur privé, sans doute parce que la petite taille de la population et les revenus plus faibles n'ont pas donné lieu à une demande suffisante de la part des patients.

Malgré l'interdiction qui frappe l'assurance privée duplicative et les facteurs de dissuasion économique qui découragent les médecins de se retirer du régime public, un modeste système privé parallèle de soins de santé s'est néanmoins développé ces dernières années au Québec et dans certaines autres provinces. Ce système a pu se maintenir grâce à la capacité de payer de certains clients. Les Canadiens qui peuvent assumer le plein prix des soins ont un

(13) Flood et Archibald (2001).

(14) Santé Canada, *Rapport annuel de 2003-2004 sur l'application de la Loi canadienne sur la santé*, décembre 2004; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2006).

(15) Flood et Archibald (2001).

meilleur accès aux services d'imagerie diagnostique⁽¹⁶⁾ et à certains actes chirurgicaux offerts au Canada ou à l'extérieur du pays (surtout aux États-Unis). Lever l'interdiction dont fait l'objet l'assurance-santé privée duplicative aurait pour effet de stimuler ce système privé parallèle.

LES ÉLÉMENTS DE PREUVE : EXAMEN DE LA DOCUMENTATION

Quelles seraient les conséquences possibles d'une assurance-santé privée duplicative pour le système de soins de santé du Canada? En théorie, de nombreux arguments économiques militent en faveur de ce type d'assurance. Premièrement, les régimes privés duplicatifs élargissent les choix de l'individu; toutes choses égales par ailleurs, cela accroît le bien-être social général. Deuxièmement, ceux qui peuvent s'acheter une assurance privée duplicative peuvent se faire traiter plus rapidement dans le secteur privé, de sorte que les temps d'attente sont réduits pour ceux qui demeurent dans le système de soins de santé public. Et troisièmement, l'assurance privée duplicative ne fait pas que réduire la demande dans le secteur public; puisque les gens qui obtiennent des soins dans le secteur privé continuent de financer le système public grâce à leurs impôts, il y a un accroissement des ressources par habitant dans le secteur public. Que ressort-il des expériences de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et du Royaume-Uni? Un survol des documents récents sur la question révèle ce qui suit :

- La demande d'assurance privée duplicative est associée à une réduction (réelle ou perçue) de la qualité dans le régime public de soins de santé, souvent mesurée par la longueur des listes d'attente⁽¹⁷⁾.
- La demande d'assurance privée duplicative est en rapport étroit avec le revenu. Les gens qui ont un revenu et un niveau d'instruction élevés sont plus susceptibles d'acheter une assurance privée duplicative⁽¹⁸⁾.

(16) Odette Madore, *Cliniques privées d'imagerie diagnostique et Loi canadienne sur la santé*, Ottawa, PRB 05-02F, Bibliothèque du Parlement, Service d'information et de recherche parlementaires, 17 mai 2005.

(17) OCDE (2004); Mossialos et Thompson (2004); Jeremiah Hurley, Rhema Vaithianathan, Thomas F. Crossley et Deborah Cobb-Clark, *Parallel Private Health Insurance in Australia: A Cautionary Tale and Lessons for Canada*, Institute for the Study of Labour (Bonn, Allemagne), Discussion Paper Series, n° 515, juin 2002.

(18) OCDE (2004); Mossialos et Thompson (2004).

- Ceux qui peuvent se permettre de payer une assurance privée duplicative bénéficient d'un plus grand choix de fournisseurs et d'un accès plus rapide aux soins. Il en résulte des inégalités sur les plans de l'accès aux soins et des services offerts selon l'étendue de la protection assurée⁽¹⁹⁾.
- Les assurances privées duplicatives peuvent permettre à des patients de « resquiller ». C'est le cas en particulier lorsque quelqu'un obtient un diagnostic dans le secteur privé, puis – si des soins sont requis – revient dans le secteur public pour se faire traiter avec une longueur d'avance sur les patients qui n'ont pas encore obtenu leurs tests diagnostiques du secteur public⁽²⁰⁾.
- Alors que l'accès aux soins est plus rapide pour ceux qui sont assurés dans le secteur privé, les temps d'attente ne sont pas forcément réduits dans le secteur public, seul choix s'offrant à ceux qui ne peuvent obtenir de protection dans le secteur privé. Certaines données australiennes récentes font état d'un déclin dans les temps d'attente résultant d'une augmentation des achats d'assurances privées, mais d'autres sources signalent peu d'amélioration⁽²¹⁾. Au Royaume-Uni, la réduction des temps d'attente dans le secteur public a résulté d'une injection de fonds publics et non d'une augmentation des souscriptions à des assurances privées⁽²²⁾.
- Bien que l'assurance privée duplicative soit autorisée en Australie, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni, ces pays ont depuis longtemps des temps d'attente semblables ou plus longs que ceux que l'on connaît au Canada⁽²³⁾.
- La mise en place d'un système privé parallèle peut allonger les temps d'attente dans le secteur public, en particulier lorsque les médecins peuvent travailler simultanément dans le public et le privé⁽²⁴⁾.
- Lorsque les médecins sont autorisés à pratiquer dans les secteurs public et privé et qu'ils reçoivent une plus forte rémunération de l'assurance privée duplicative, cela favorise une hausse du volume des prestations et de la productivité dans le privé. À l'inverse, il peut en résulter une réduction du temps et de la qualité du temps que les médecins consacrent aux patients dans le régime public⁽²⁵⁾.

(19) OCDE (2004); Mossialos et Thompson (2004); Stephen J. Buckett, « Living the Parallel Universe in Australia: Public Medicare and Private Hospitals », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 173, n° 7, 27 septembre 2005, p. 745 à 747; Robert G. Evans, « Preserving Privilege, Promoting Profit: The Payoffs from Private Health Insurance », dans Flood, Roach et Sossin (2005), p. 347 à 368; Tuohy, Flood et Stabile (2000); Herb Emery et Kevin Gerrits, *The Demand for Private Health Insurance in Alberta in the Presence of a Public Alternative*, Département d'économie, Université de Calgary, Institute for Advanced Policy Research, Technical Paper No. 06001, 1^{er} novembre 2005.

(20) Mossialos et Thompson (2004).

(21) OCDE (2004).

(22) Flood, Stabile et Kontic (2005); Tuohy, Flood et Stabile (2000).

(23) Tuohy, Flood et Stabile (2000); Luigi Siciliani et Jeremiah Hurst, *Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery Across OECD Countries*, OECD Health Working Papers, n° 7, 7 octobre 2003.

(24) Hurley *et al.* (2002); Buckett (2005).

(25) OCDE (2004); Buckett (2005).

- La rémunération plus élevée dans le secteur privé constitue également un incitatif à retarder les chirurgies dans le secteur public, c'est-à-dire à y maintenir de longues listes d'attente, de sorte que les patients peuvent être tentés ou forcés de se diriger vers le secteur privé plus lucratif. Ces préoccupations semblent devenir plus critiques lorsqu'il y a pénurie de médecins⁽²⁶⁾.
- Des préoccupations éthiques peuvent également se faire jour dans le système privé lorsque des médecins deviennent entrepreneurs au sein de firmes ou cliniques privées vers lesquelles ils dirigent des patients ayant une assurance privée⁽²⁷⁾.
- Les assurances privées duplicatives ont dégagé des fonds pour le renforcement des capacités dans le secteur hospitalier privé, plus particulièrement en Australie. Elles génèrent également des revenus additionnels pour les hôpitaux publics, lesquels, en Australie et au Royaume-Uni, sont autorisés à traiter des patients du secteur privé⁽²⁸⁾.
- Les secteurs public et privé de soins de santé ne sont pas parfaitement interchangeables. Les hôpitaux et services privés ont tendance à se spécialiser dans des interventions non urgentes et moins compliquées. Les personnes assurées dans le privé doivent donc continuer de compter sur le secteur public pour les besoins urgents. Elles continuent de se prévaloir des soins financés par l'État même si elles sont protégées par un régime privé. Une intervention chirurgicale financée par le privé s'accompagne souvent d'une panoplie de services pré- et post-opératoires connexes, comme des visites et des tests diagnostics, dont beaucoup sont fournis par le système public. On a fait valoir que les services privés « écrèment » la demande en traitant les cas moins compliqués et en laissant aux hôpitaux publics un éventail relativement plus complexe et dispendieux d'interventions⁽²⁹⁾.
- Il s'est avéré que le déplacement de la demande et des coûts du secteur public vers le secteur privé par les régimes privés duplicatifs est faible. Un autre facteur importe peut-être davantage : les faits tendent à démontrer que l'assurance privée duplicative a favorisé un accroissement de l'intensité du traitement et de l'utilisation en général plutôt qu'un simple déplacement de la demande du système hospitalier public vers le privé⁽³⁰⁾. En Australie, les économies de fonds publics sont aussi neutralisées par les subventions publiques versées aux acheteurs d'assurances privées.
- Les possibilités d'économies dans le secteur public sont en outre limitées par les intrants des soins de santé. L'offre de nombreuses ressources – comme les médecins, les infirmières et les techniciens – est relativement inélastique à court terme. Les secteurs public et privé doivent donc entrer en concurrence pour obtenir ces ressources limitées, ce qui peut faire

(26) Buckett (2005); Flood, Stabile et Kontic (2005); Trudo Lemmens et Tom Archibald, « The CMA's Chaoulli Motion and the Myth of Promoting Fair Access to Health Care », dans Flood, Roach et Sossin (2005), p. 323 à 346; Siciliani et Hurst (2003).

(27) Lemmens et Archibald (2005).

(28) OCDE (2004).

(29) Buckett (2005); Tuohy, Flood et Stabile (2000).

(30) OCDE (2004); Mossialos et Thompson (2004).

augmenter le coût des intrants. En Australie et au Royaume-Uni, les médecins peuvent être trois ou quatre fois mieux payés s'ils travaillent dans le secteur privé que dans le secteur public⁽³¹⁾. Le résultat net est que, en présence d'une assurance duplicative, le secteur public doit ou bien fournir moins de ressources ou bien augmenter le financement afin de maintenir les niveaux antérieurs réels de service⁽³²⁾.

- Dans l'ensemble, les faits donnent à penser que les assurances privées duplicatives ajoutent aux dépenses totales consacrées aux soins de santé sans réduire de manière importante le financement public⁽³³⁾. On ne saurait trop dire cependant si ces assurances ont entraîné une diminution de l'appui au système de santé public⁽³⁴⁾.

CONSÉQUENCES POSSIBLES POUR LE QUÉBEC ET LE CANADA

L'arrêt *Chaoulli* a ouvert la voie à l'assurance privée duplicative dans le domaine de la santé, du moins d'un point de vue juridique. Il s'ensuit qu'il n'est plus possible de simplement débattre de la question de savoir si un marché privé pour l'assurance-santé a sa raison d'être. Désormais, il s'agit plutôt de trouver la meilleure façon de mettre à contribution le marché de l'assurance privée duplicative en tenant compte des leçons tirées de l'expérience d'autres pays.

D'une part, il n'est pas encore certain qu'un marché privé actif de l'assurance-santé duplicative se développera au Québec. Un tel marché n'existe ni en Saskatchewan, ni au Nouveau-Brunswick, ni en Nouvelle-Écosse ni à Terre-Neuve-et-Labrador, bien qu'aucun obstacle législatif ne s'oppose à une assurance privée pour des services de santé couverts par le régime public. Si un marché pour l'assurance privée duplicative se mettait en place au Québec, on pourrait raisonnablement s'attendre à des contestations judiciaires semblables à l'affaire *Chaoulli* dans les cinq autres provinces où ce type d'assurance est interdit. Il se pourrait bien également que certaines de ces provinces décident de lever leur interdit à l'égard de l'assurance privée duplicative, afin d'aligner leur démarche en matière de santé sur l'arrêt de la Cour suprême dans l'affaire *Chaoulli*.

(31) OCDE (2004).

(32) Hurley *et al.* (2002).

(33) OCDE (2004).

(34) Tuohy, Flood et Stabile (2000).

Les Québécois et les autres Canadiens qui financent actuellement leurs soins dans le secteur privé seraient les premiers à vouloir acheter une assurance-santé privée duplicative. Le montant des primes réclamées par les assureurs privés déterminerait alors le segment de la population qui, à part ce groupe, serait intéressé par une telle assurance⁽³⁵⁾. Toutefois, la documentation disponible donne à penser que l'assurance duplicative ne serait pas facilement accessible aux personnes ayant déjà des problèmes de santé. Elle ne serait pas non plus disponible pour les personnes aux revenus insuffisants. On ne sait trop combien de résidents du Québec et du reste du Canada achèteraient de l'assurance privée, mais on peut supposer qu'elle profiterait plutôt aux mieux nantis sur les plans des finances et de la santé, comme l'indiquent les expériences de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et du Royaume-Uni.

La capacité des Canadiens d'acheter de l'assurance privée duplicative ferait certainement augmenter la demande de soins dispensés par le secteur privé et, comme en font foi les expériences de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et du Royaume-Uni, cela stimulerait les investissements dans le renforcement des capacités du système privé parallèle, lequel inciterait alors les médecins à se désengager. Le nombre de médecins amenés à le faire par l'assurance-santé privée duplicative dépendrait du maintien ou de la suppression des facteurs de dissuasion économique actuels à la double pratique dans les lois provinciales. Puisqu'il existe maintenant une pénurie de médecins dans toutes les provinces, il y a un risque que l'expansion du système parallèle résultant de l'assurance privée duplicative réduise la disponibilité des médecins dans le régime public, comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni en ont fait l'expérience.

En ce qui concerne les temps d'attente, d'aucuns avancent qu'un système privé de soins – financé par une assurance privée duplicative – pourrait servir de « soupape de sûreté » et prendre la relève lorsque les temps d'attente deviennent trop longs dans le régime public. Ce dernier pourrait diriger des patients vers le secteur privé au lieu de les envoyer aux États-Unis, comme cela arrive parfois à l'heure actuelle. Ces analystes soutiennent que, par conséquent, l'existence d'un secteur privé de soins a de bonnes chances de bénéficier non seulement à ceux qui sont assurés dans le privé, mais également à ceux qui demeurent dans le régime public⁽³⁶⁾. Un tel point de vue n'est toutefois pas corroboré par les faits à l'échelle internationale. On ne peut déduire des expériences de l'Australie, de Nouvelle-Zélande et du Royaume-Uni jusqu'à quel point l'assurance privée duplicative peut réduire les temps d'attente dans le secteur public.

(35) Si la protection duplicative était accordée en vertu d'une assurance-santé parrainée par l'employeur, la proportion de Canadiens protégés par une assurance privée serait plus importante que si la protection était offerte uniquement par le marché de l'assurance aux particuliers.

(36) Petkantchin (2005).

Par ailleurs, on a proposé que les gouvernements provinciaux interviennent afin de tirer le meilleur parti possible de l'assurance privée duplicative et d'en atténuer les incidences néfastes. Parmi les secteurs d'intervention possibles, mentionnons les suivants :

- régler les primes du secteur privé en exigeant une tarification uniforme (ce qui répondrait aux préoccupations touchant les inégalités);
- limiter les honoraires que les médecins peuvent imposer à leurs patients du secteur privé aux sommes qu'ils percevraient s'ils factureraient le régime public (ce qui découragerait le désengagement);
- encourager les patients assurés dans le privé à ne pas compter sur le régime public pour les services couverts dans le privé (ce qui maximiserait le transfert de coûts entre le secteur public et le secteur privé);
- tenir une seule liste d'attente pour les patients assurés dans les secteurs public et privé (ce qui assurerait un accès équitable aux services de santé, peu importe où les soins sont fournis);
- dans les hôpitaux publics, réserver de l'équipement à l'usage exclusif des patients protégés par le régime public (ce qui réduirait le risque que le gouvernement ne subventionne indirectement des services fournis par le secteur privé)⁽³⁷⁾.

On a également recommandé au gouvernement fédéral d'intervenir afin d'empêcher la multiplication des services de santé privés par suite de l'arrêt *Chaoulli*. Entre autres, le Nouveau Parti démocratique a proposé de modifier la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces* de façon à : empêcher les provinces d'utiliser les fonds fédéraux pour subventionner des fournisseurs du secteur privé; empêcher les provinces d'autoriser les médecins qui fournissent des soins financés par l'État à fournir également des soins financés par le secteur privé; et exiger des provinces qu'elles présentent des rapports annuels sur l'affectation des paiements de transfert fédéraux au régime public⁽³⁸⁾. Pour sa part, l'ex-ministre fédéral de la Santé, Ujjal Dosanjh, a proposé d'interpréter le critère d'accessibilité de la *Loi canadienne sur la santé* comme interdisant « que les médecins fournissent les mêmes services au sein du système public et dans le cadre d'un régime privé »⁽³⁹⁾. Ces deux propositions empêcheraient effectivement la double pratique de la part des médecins.

(37) OCDE (2004); Groupe de réflexion sur le système de santé du Québec (2005).

(38) Nouveau Parti démocratique, « Layton veut une loi pour protéger le régime public d'assurance-maladie à la suite de la décision Chaoulli », communiqué, 6 octobre 2005.

(39) Santé Canada, « L'Initiative du gouvernement sur la protection des soins de santé publics », avis aux médias, 3 novembre 2005.

RÉACTIONS DU QUÉBEC ET DE L'ALBERTA À L'ARRÊT *CHAULLI*

En réponse à l'arrêt *Chaoulli*, le gouvernement du Québec a proposé deux solutions connexes : une garantie de six mois pour le temps d'attente conjuguée à une levée partielle de l'interdiction de l'assurance-santé privée duplicative⁽⁴⁰⁾. La garantie de six mois pour le temps d'attente s'appliquerait à certaines interventions chirurgicales non urgentes définies par voie de règlement. Au départ, elles seraient limitées à la hanche, au genou et à la cataracte. L'assurance privée duplicative ne serait autorisée que pour ces chirurgies non urgentes et se limiterait aux services fournis par des médecins désengagés. La démarche serait la suivante : en vertu de la garantie, les patients n'ayant pas été traités dans le délai prescrit de six mois auraient le choix de se faire opérer dans un autre établissement – dans la même région ou dans une autre – ou dans une clinique spécialisée affiliée au régime public. Si le délai d'attente dépassait neuf mois, les patients se feraient opérer à l'extérieur du Québec ou du Canada ou par des fournisseurs privés de soins, mais le régime provincial d'assurance-santé couvrirait l'ensemble des frais de l'intervention. Les patients ayant souscrit à une assurance privée duplicative pourraient en tout temps renoncer à leurs droits en vertu de la garantie du délai d'attente et obtenir un accès plus rapide à la chirurgie non urgente dans le secteur privé; seuls les médecins désengagés pourraient toutefois pratiquer l'intervention.

Afin de préserver l'intégrité de son régime public de soins de santé, le gouvernement du Québec a aussi proposé de limiter l'assurance-santé privée duplicative aux services de santé dispensés par des médecins désengagés. En outre, l'interdiction actuelle touchant la double pratique serait maintenue. Les propositions indiquent également que l'assurance privée duplicative devrait offrir une protection pour l'ensemble de la période du traitement, y compris la réadaptation et les soins à domicile. Le gouvernement du Québec est d'avis que la solution qu'il propose en réponse à l'arrêt *Chaoulli* fait en sorte que le secteur privé jouera un rôle complémentaire par rapport au régime public, et non un rôle concurrentiel⁽⁴¹⁾.

Le rôle envisagé pour l'assurance-santé duplicative dans le système de soins de santé québécois semble beaucoup plus limité que ceux qui existent en Australie, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni. À plus long terme, le gouvernement provincial pourrait décider d'élargir la protection de l'assurance privée duplicative à un éventail plus large de services de

(40) Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2006).

(41) Sylvie Bourdeau, « Une ouverture aux cliniques privées et à l'assurance privée dans le secteur de la santé au Québec... la suite de l'arrêt *Chaoulli* », *Bulletin sur le droit de la santé*, Fasken Martineau DuMoulin LLP, février 2006.

santé, ce qui laisserait davantage de place à la concurrence et moins à la complémentarité. Le maintien de l'interdiction de la double pratique contribuerait à limiter le potentiel de croissance du système privé parallèle.

Par comparaison, le gouvernement de l'Alberta envisage de supprimer l'interdiction actuelle visant l'assurance privée duplicative par suite de l'arrêt *Chaoulli*. Et, ce qui importe peut-être davantage, il envisage la possibilité de lever l'interdiction qui empêche actuellement les médecins de se retirer du régime, de façon à encourager la double pratique. La réforme proposée rapprocherait un peu plus le régime de soins de santé albertain de ce qui existe en Australie, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni. Contrairement aux médecins qui pratiquent dans ces pays, cependant, les médecins albertains s'adonnant à la double pratique devraient s'engager à consacrer un minimum de temps au régime public⁽⁴²⁾.

CONCLUSION

L'arrêt *Chaoulli* ouvre la voie à une assurance-santé privée duplicative non seulement au Québec, mais également dans certaines autres provinces, notamment l'Alberta. L'assurance privée duplicative est actuellement autorisée en Australie, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni. Conjugée à la possibilité pour les médecins de s'adonner à la double pratique (c.-à-d. de travailler pour le régime public tout en pratiquant dans le secteur privé), l'assurance privée a stimulé le développement d'un système parallèle viable pour les soins de santé dans ces trois pays. L'assurance-santé privée duplicative a créé deux avantages importants : d'une part, un éventail plus large de fournisseurs éventuels et un accès plus rapide aux soins pour ceux qui peuvent se la permettre; d'autre part, des fonds additionnels pour le renforcement des capacités dans le secteur hospitalier. Toutefois, elle a aussi soulevé des préoccupations quant à l'égalité d'accès et à la longueur des temps d'attente. Il pourrait s'avérer utile pour le Québec et les autres provinces d'examiner les leçons tirées des expériences de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et du Royaume-Uni afin de maximiser les avantages de l'assurance-santé privée duplicative.

(42) Alberta Health and Wellness, *Health Policy Framework*, gouvernement de l'Alberta, février 2006; *Removing Barriers to Private Funding and Private Delivery of Health Care Services in Alberta*, gouvernement de l'Alberta, novembre 2005.

BIBLIOGRAPHIE

- Alberta Health and Wellness. *Health Policy Framework*, Gouvernement de l'Alberta, février 2006 (http://www.health.gov.ab.ca/healthrenewal/policy_framework.pdf).
- Bourdeau, Sylvie. « Une ouverture aux cliniques privées et à l'assurance privée dans le secteur de la santé au Québec... la suite de l'arrêt *Chaoulli* », *Bulletin sur le droit de la santé*, Fasken Martineau DuMoulin LLP, février 2006 (<http://www.fasken.com/WEB/FMDWEBSITEFRENCH.NSF/AllDoc/F6EF13A5D0D9992B85256C53006AA802?OpenDocument>).
- Buckett, Stephen J. « Living the Parallel Universe in Australia: Public Medicare and Private Hospitals », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 173, n° 7, 27 septembre 2005, p. 745 à 747 (<http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/173/7/745>).
- Chafe, Roger. « Ruling on Private Insurance Has Far-Reaching Impact », *Nexus Online*, Newfoundland and Labrador Medical Association Newsletter, automne 2005 (http://www.nlma.nf.ca/nexus/issues/fall_2005/articles/article_8.html).
- Colombo, Francesca, et Nicole Tapay. *Private Health Care Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems*, OECD Health Working Papers, n° 15, 2004 (<http://www.oecd.org/dataoecd/34/56/33698043.pdf>).
- Cour suprême du Canada. *Chaoulli c. Québec (Procureur général)*, 2005 CSC 35, 9 juin 2005 (http://www.lexum.umontreal.ca/csc-scc/fr/pub/2005/vol1/html/2005rcs1_0791.html).
- Emery, Herb, et Kevin Gerrits. *The Demand for Private Health Insurance in Alberta in the Presence of a Public Alternative*, Département d'économie, Université de Calgary, Institute for Advanced Policy Research, Technical Paper No. 06001, 1^{er} novembre 2005 (http://www.irpp.org/events/archive/nov05JDI/emery_gerrits.pdf).
- Evans, Robert G. « Preserving Privilege, Promoting Profit: The Payoffs from Private Health Insurance », dans *Access to Care – Access to Justice: The Legal Debate Over Private Health Insurance in Canada*, sous la dir. de Colleen M. Flood, Kent Roach et Lorne Sossin, University of Toronto Press, 2005, p. 347 à 368.
- Flood, Colleen M., Mark Stabile et Sasha Kontic. « Finding Health Policy Arbitrary: The Evidence on Waiting, Dying, and Two-Tier Systems », dans *Access to Care – Access to Justice: The Legal Debate Over Private Health Insurance in Canada*, sous la dir. de Colleen M. Flood, Kent Roach et Lorne Sossin, University of Toronto Press, 2005, p. 296 à 320.
- Flood, Colleen M., et Tom Archibald. « The Illegality of Private Health Care in Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 164, n° 6, 20 mars 2001, p. 825 à 830 (<http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/164/6/825>).

Gouvernement de l'Alberta. *Removing Barriers to Private Funding and Private Delivery of Health Care Services in Alberta*, novembre 2005
(<http://www.health.gov.ab.ca/resources/publications/CaucusPrivateinsuranceOct19.pdf>).

Groupe de réflexion sur le système de santé du Québec. « L'arrêt Chaoulli et le système de santé du Québec : Sept propositions pour répondre au jugement de la Cour suprême », communiqué, Montréal, 21 novembre 2005
(<http://www.iss.uqam.ca/pages/pdf/CHcommuniqu%C3%A9.pdf>).

Hurley, Jeremiah, Rhema Vaithianathan, Thomas F. Crossley et Deborah Cobb-Clark. *Parallel Private Health Insurance in Australia: A Cautionary Tale and Lessons for Canada*, Institute for the Study of Labour (Bonn, Allemagne), Discussion Paper Series, n° 515, juin 2002 (<ftp://repec.iza.org/RePEc/Discussionpaper/dp515.pdf>).

Jackman, Martha. « The Last Line of Defence for [Which] Citizens: Accountability, Equality and the Right to Health in Chaoulli », *Osgoode Hall Law Journal*, 2006, à venir.

Lemmens, Trudo, et Tom Archibald. « The CMA's Chaoulli Motion and the Myth of Promoting Fair Access to Health Care », dans *Access to Care – Access to Justice: The Legal Debate Over Private Health Insurance in Canada*, sous la dir. de Colleen M. Flood, Kent Roach et Lorne Sossin, University of Toronto Press, 2005, p. 323 à 346.

Madore, Odette. *Cliniques privées d'imagerie diagnostique et Loi canadienne sur la santé*, PRB 05-02F, Ottawa, Bibliothèque du Parlement, Service d'information et de recherche parlementaires, 17 mai 2005.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité, document de consultation*, Gouvernement du Québec, février 2006
(<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-721-01.pdf>).

Mossialos, Elias, and Sarah Thompson. *Voluntary Health Insurance in the European Union*, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Organisation mondiale de la santé, 2004 (<http://www.euro.who.int/document/E84885.pdf>)

Nouveau Parti démocratique. *Layton veut une loi pour protéger le régime public d'assurance-maladie à la suite de la décision Chaoulli*, communiqué, 6 octobre 2005
(<http://www.npd.ca/page/1652>).

OCDE. *Private Health Insurance in OECD Countries*, The OECD Health Project, 2004. Pour un résumé de ce rapport, voir : OCDE. *Private Health Insurance in OECD Countries – Policy Brief* (<http://www.oecd.org/dataoecd/42/6/33820355.pdf>).

Petkantchin, Valentin. *Le financement de la santé par l'assurance-maladie privée*, Collection « Santé », Institut économique de Montréal, novembre 2005
(http://www.iedm.org/uploaded/pdf/nov05_en.pdf).

Santé Canada.

- « L'Initiative du gouvernement sur la protection des soins de santé publics », avis aux médias, 3 novembre 2005 (http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/notices-avis/prop_f.html).
- *Rapport annuel de 2003-2004 sur l'application de la Loi canadienne sur la santé*, décembre 2004 (http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/res/ar-ra_f.html).

Siciliani, Luigi, et Jeremiah Hurst. *Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery Across OECD Countries*, OECD Health Working Papers, n° 7, 7 octobre 2003 (<http://www.oecd.org/dataoecd/31/10/17256025.pdf>).

Tuohy, Carolyn Hughes, Colleen M. Flood et Mark Stabile. *How Does Private Finance Affect Public Health Care Systems?*, *Marshalling the Evidence from OECD Nations*, Université de Toronto, octobre 2000 (<http://www.chass.utoronto.ca/cepa/Private.pdf>).