

# Gérer l'interface entre les secteurs public et privé en appui à des soins de qualité

---

## Résumé

L'Association médicale canadienne (AMC) soutient le concept d'un système de santé public solide où l'accès aux soins médicalement nécessaires repose sur les besoins, et non pas sur la capacité de payer. La politique révisée a été préparée en réponse aux nombreux défis auxquels font face les systèmes de santé aux quatre coins du pays et aux diverses propositions de financement et de prestation à l'étude visant à améliorer l'accès aux soins. Fondé sur de vastes consultations menées auprès du public, de médecins et de personnes ayant une expérience vécue pertinente, le présent document définit des principes clés et des recommandations pour guider les politiques et la prise de décision en lien avec la combinaison des services de soins de santé financés et fournis par les secteurs public et privé au Canada. La politique propose également des recommandations visant à améliorer l'accès aux soins primaires et spécialisés, à faciliter l'accès de la patientèle à d'autres services de santé importants et à améliorer la reddition de comptes et la transparence afin que le public soit mieux informé de la performance du système de santé.

## Introduction et objectif

Au Canada, « interface entre les secteurs public et privé » s'entend de la combinaison en matière de : 1) financement des soins de santé publics et privés; et 2) prestation des soins de santé publics et privés. Le système de soins de santé du Canada est majoritairement financé par l'État. Le financement provenant des recettes fiscales représente environ 70 % du total des coûts, et le financement privé couvre les 30 % restants. Cependant, cette combinaison de financement varie considérablement dans le continuum des soins : les services hospitaliers et médicaux sont presque entièrement financés par l'État (bien qu'ils puissent être dispensés par

le privé), et d'autres secteurs comme les médicaments d'ordonnance hors contexte hospitalier et les soins de la vue sont majoritairement financés par le privé.

Dans le domaine des soins de santé, l'interface entre les secteurs public et privé soulève les passions au Canada depuis plusieurs décennies. Lors de la création de l'assurance maladie dans les années 1950 et 1960, les décideurs se sont demandé comment bâtir un système de santé universel financé par l'État à partir d'un système existant de régimes d'assurance maladie privés, de médecins indépendants et d'un réseau d'hôpitaux privés à but non lucratif appartenant à des associations caritatives et à des ordres religieux. La solution – d'abord adoptée en Saskatchewan puis étendue à l'échelle nationale avec le soutien financier du gouvernement fédéral – consistait à introduire un financement public considérable des soins de santé prodigués en grande partie par des prestataires privés.

Il est admis que le système de soins de santé est en crise, et que de nombreuses personnes ne peuvent accéder en temps voulu à des soins de qualité, malgré tous les efforts déployés par l'ensemble des travailleurs et travailleuses de la santé. Cela dit, les changements apportés au financement et à la prestation des soins de santé publics-privés ne peuvent à eux seuls résoudre tous les problèmes du système de santé canadien en difficulté. Il est également indispensable de repenser et de restructurer en profondeur les soins de santé au Canada, notamment en améliorant la gouvernance du système, en augmentant l'offre de ressources humaines de la santé (RHS), en planifiant efficacement les RHS et en adoptant des stratégies visant à promouvoir le bien-être des prestataires<sup>1</sup>, en améliorant la transparence et la reddition de comptes du système, en recourant judicieusement à de nouvelles technologies pour promouvoir la santé et répondre à la demande grandissante de soins, et en créant une culture d'amélioration de la qualité. En outre, il faut accorder une plus grande attention à la prévention des maladies, à la promotion de modes de vie sains et à la prise en compte des déterminants sociaux de la santé, qui peuvent contribuer à réduire les pressions exercées sur le système de santé et à améliorer l'état de santé général de la population.

L'AMC soutient le concept d'un système de santé public solide où l'accès aux soins médicalement nécessaires repose sur les besoins, et non pas sur la capacité de payer. La présente politique définit des principes clés et des recommandations pour guider les politiques et la prise de décision en lien avec la combinaison des services de soins de santé financés et fournis par les secteurs public et privé au Canada. Elle s'appuie sur de vastes consultations menées auprès du public, de médecins, de personnes ayant une expérience vécue pertinente et d'autres personnes afin de tâter le pouls de la population au sujet de l'état du système de santé au pays et de la combinaison la plus appropriée en matière de financement et de prestation de soins de santé publics et privés.

## L'enjeu

Au Canada, un nombre croissant de personnes se préoccupent non seulement de la possibilité de recevoir des soins en temps opportun, mais également de l'accès aux soins tout court. Cette situation s'explique par plusieurs facteurs qui ont une incidence à la fois sur la demande de soins et sur l'offre de ressources en santé :

- La demande de services de soins de santé continue d'augmenter parallèlement à la croissance de la population canadienne (avec une hausse de 3,2 % en 2023, le taux le plus élevé depuis 1957)<sup>2</sup>.
- Il est nécessaire de mettre en place une gamme plus large de soins et de services de soutien pour répondre aux besoins d'un nombre croissant de personnes vieillissantes, fragiles, gravement malades et présentant des problèmes complexes (p. ex., maladies chroniques)<sup>3</sup>.
- Les dépenses en santé ne suivent pas le rythme de l'inflation et de la croissance démographique combinées<sup>4</sup>. Le pays vit une pénurie de prestataires de soins de santé, et beaucoup d'entre eux quittent le secteur. Au Canada, une personne sur cinq n'a pas accès rapidement à une ou un prestataire de soins primaires attiré.
- Tous les jours, les médecins et autres travailleurs et travailleuses de la santé doivent composer avec un fardeau administratif toujours plus lourd, qui pourrait en grande partie être réduit ou évité.
- Les temps d'attente incroyablement longs nuisent à la patientèle et à la santé. En plus des retards en chirurgie provoqués par la pandémie de COVID-19, le nombre de patientes et patients qui ne sont pas traités dans des délais raisonnables et sécuritaires au Canada demeure considérable.
- La dépendance excessive à l'égard des soins hospitaliers en raison de lacunes en matière de soins primaires et de services en milieu communautaire (p. ex., soins à domicile, services de réadaptation) a des conséquences sur de nombreuses personnes hospitalisées dont l'état est stable sur le plan médical et qui pourraient obtenir leur congé de l'hôpital en toute sécurité, mais qui n'ont pas d'endroit approprié où se loger<sup>5</sup>.
- De nombreux groupes ont un accès limité, voire inexistant, aux services financés par l'État et ne sont pas en mesure de payer de leur poche d'autres services de santé importants à des prix de plus en plus élevés<sup>6</sup> comme des médicaments prescrits en consultation externe, des soins dentaires, des services de réadaptation et certains services de santé mentale (p. ex., psychothérapie). Les disparités croissantes entre les provinces et les territoires en lien avec l'accès aux soins par la patientèle suscitent également des inquiétudes.

En réponse à ces problèmes d'accès, diverses options de soins de santé privés payants se multiplient dans différentes régions du pays, notamment des services privés de soins virtuels, des cliniques employant des personnes qui ne sont pas des médecins, ainsi que des cliniques privées d'imagerie médicale et de chirurgie. Plusieurs gouvernements provinciaux et territoriaux étudient la possibilité de recourir à des prestataires privés (à but lucratif et sans but lucratif) pour offrir des soins de santé financés par l'État, ou encore commencent à le faire ou le font de plus en plus. En outre, de grandes sociétés sont de plus en plus présentes dans différents aspects du système de santé, y compris les soins chirurgicaux, les tests et les diagnostics, les dossiers de santé électroniques, les soins de santé mentale, les soins dentaires et les soins de longue durée.

Au même moment, certains gouvernements ont pris des mesures pour réduire leur dépendance envers des exploitants du secteur privé (p. ex., le Québec limitera le recours aux agences privées de soins infirmiers) ou pour accroître l'accès aux services de soins de santé financés par l'État. Par exemple, le gouvernement fédéral a mis sur pied le Régime canadien de soins dentaires pour couvrir les services de santé buccodentaire de populations ciblées qui ne sont pas déjà couvertes par un autre régime. Il a également présenté un projet de loi en 2024 en vue de réaliser la première étape d'un régime national et universel d'assurance médicaments couvrant la plupart des contraceptifs et de nombreux médicaments contre le diabète.

Les propositions visant à améliorer l'accès aux soins au moyen d'une augmentation du financement privé ou des services privés doivent tenir compte des conséquences que ces mesures entraîneraient sur plusieurs facteurs, à commencer par les conséquences sur les niveaux de dotation des ressources humaines de la santé dans le système financé par l'État. En outre, il sera essentiel de veiller à ce que toute modification de l'équilibre entre le public et le privé soit fondée sur des données probantes et permette d'améliorer la qualité des soins, tout en réduisant les iniquités en santé au lieu de les exacerber.

## Principes de la politique

En 2023, l'AMC a lancé un dialogue national sur la combinaison de soins de santé publics et privés afin que la patientèle, les médecins et le public s'expriment sur le système de soins de santé qu'ils désirent, en se fondant sur une compréhension commune de notre système actuel et des grands enjeux politiques que sont l'accès, l'équité, la qualité, la reddition de comptes et la capacité du système<sup>7</sup>.

Afin de guider les futures discussions politiques et la prise de décision en lien avec la combinaison de soins de santé publics et privés, il faut respecter les principes de la politique qui suivent :

## 1. Qualité des soins<sup>8</sup>

- *Soins sécuritaires* : Peu importe leur mode de financement et de prestation, les soins doivent être sécuritaires tant pour la patientèle que pour les prestataires (c.-à-d. garantir la sécurité physique, psychologique et culturelle en tenant compte des traumatismes). Les soins sécuritaires incluent : 1) la prévention des erreurs; 2) l'enseignement tiré des erreurs qui surviennent malgré les mesures de prévention; et 3) l'instauration d'une culture axée sur la sécurité qui englobe les professionnels et professionnelles de la santé, les organisations ainsi que la patientèle et les personnes proches aidantes.
- *Accès équitable* : L'accès aux soins doit être fondé sur les besoins cliniques et non sur la capacité de payer de la personne. La qualité des soins prodigués doit être maintenue, quelles que soient les caractéristiques de la patientèle, notamment la race, l'appartenance à une communauté autochtone, le genre, le sexe, l'orientation sexuelle, l'âge, la présence d'un handicap, l'emplacement ou d'autres facteurs. Cela pourrait nécessiter un soutien supplémentaire pour certains groupes traditionnellement mal desservis. Toute modification de politique envisagée doit faire l'objet d'une évaluation de ses conséquences sur l'équité incluant les principes d'équité, de diversité, d'inclusion, de réconciliation et d'accessibilité (EDIRA).
- *Accès en temps opportun* : Toutes les personnes qui habitent au Canada doivent avoir un accès rapide et équitable aux soins de santé nécessaires sans retard préjudiciable, à commencer par un accès en temps opportun à des soins primaires prodigués par une équipe composée de médecins de famille et d'autres professionnelles et professionnels de la santé. Un recours individuel doit être prévu lorsque les temps d'attente sont déraisonnables, sur la base de délais médicalement acceptables.
- *Partenariat avec la patientèle* : Les soins axés sur le partenariat avec les patients et patientes se définissent comme une collaboration authentique entre les décisionnaires, les patients et patientes, les prestataires de soins de santé et les personnes proches aidantes qui participent au leadership collaboratif, à la communication, au suivi de la situation, à la prise de décisions concertées et à l'entraide<sup>9</sup>.
- *Prestation efficace* : Les soins doivent être prodigués aux personnes qui peuvent en bénéficier, sur la base des meilleures connaissances et preuves scientifiques existantes et représentatives de la population servie, et il faut s'abstenir de fournir des interventions ou des services non éprouvés aux personnes qui ne sont pas susceptibles d'en bénéficier (éviter la sous-utilisation et la surutilisation).
- *Soins appropriés* : Pour que les soins soient appropriés, il faut que les bons soins soient prodigués par les bons prestataires, à la bonne personne, au bon endroit et au bon moment.

- *Prestation efficiente* : Il faut éviter d'utiliser les ressources – notamment les ressources humaines de la santé, les fournitures, les équipements et les technologies – d'une manière inappropriée qui pourrait entraîner du gaspillage (énergie et coûts). Dans cette optique, il faut réduire le fardeau administratif pour les prestataires et la patientèle, et atteindre l'efficience non seulement au sein de chaque service, mais aussi dans l'ensemble du système de santé (c.-à-d. les soins fournis et financés par les secteurs public et privé) afin d'optimiser l'utilisation de ressources limitées.

## 2. Reddition de comptes et transparence

Les secteurs public et privé doivent tous deux être tenus de rendre des comptes selon les mêmes normes élevées, notamment en ce qui a trait aux résultats cliniques, à la comptabilisation des coûts complets et au rapport qualité-prix. Les décisions touchant le financement et la prestation des soins publics-privés doivent être prises dans le cadre d'un processus public, ouvert et transparent. Les prestataires qui se trouvent en situation de conflits d'intérêts potentiels ont le devoir de les reconnaître, de les divulguer à leur patientèle et de les résoudre dans l'intérêt fondamental des patients et patientes. Cela comprend la divulgation d'honoraires professionnels liés aux services non assurés et la prise en compte de la capacité de payer de la personne lors de l'établissement de ces honoraires.

## 3. Soins complets

Toutes les personnes qui habitent au Canada doivent avoir accès à un éventail complet de services de santé nécessaires fondés sur les meilleures données probantes existantes et la capacité à améliorer la santé de la population. Les technologies et traitements émergents doivent systématiquement faire l'objet d'une évaluation<sup>10</sup> avant leur pleine adoption par le système public, et ce, sans retards déraisonnables.

## 4. Soins intégrés

Indépendamment des sources de financement, l'accès aux soins doit être homogène, la continuité des soins doit être assurée, et la patientèle et les professionnels et professionnelles de la santé doivent pouvoir s'y retrouver facilement parmi les services offerts. Il faut établir des normes et des mesures de protection en matière d'intégrité des données, d'interopérabilité du système, de sécurité et de partage de l'information ainsi que de protection des renseignements personnels afin d'améliorer la responsabilisation et d'empêcher la mauvaise utilisation des renseignements par des entités publiques ou privées, tout en favorisant une intégration et une circulation sécuritaires de l'information.

## 5. Autonomie clinique

Les professionnels et professionnelles de la santé et les patients et patientes doivent être en mesure de prendre des décisions cliniques éclairées en temps opportun, sans interférence et sans crainte de représailles. Les médecins devraient être en mesure d'aider leurs patients et patientes à s'orienter dans le système de santé et de défendre leurs intérêts, en collaboration avec eux et avec d'autres prestataires de soins de santé, pour qu'ils accèdent aux ressources

appropriées en temps opportun. Les médecins doivent en outre être soutenus dans leur rôle de « gardiennes et gardiens » des fonds destinés à la santé s'appuyant sur des données probantes.

## 6. Durabilité et abordabilité

Le système de santé canadien devrait :

- assurer un financement public adéquat et prévisible, adapté à l'augmentation de la demande et des coûts, et permettant de répondre aux flambées de la demande et aux pressions sur le plan financier;
- garantir un bon rapport qualité-prix en fournissant des soins transparents et fondés sur des données probantes, en aidant les patients et patientes à prendre les bonnes décisions en matière de santé et de soins, et en réduisant les éléments cliniques et administratifs inefficaces;
- adopter une approche équilibrée prévoyant un financement adéquat pour d'autres services ayant une incidence sur les déterminants sociaux de la santé (p. ex., revenu adéquat, sécurité alimentaire, logement, emploi) afin de prévenir les maladies, de favoriser la santé au sein des collectivités et de réduire les coûts globaux du système et les pressions exercées sur celui-ci;
- favoriser une charge et des conditions de travail sécuritaires pour les prestataires et leur patientèle, notamment par l'élaboration d'un cadre de planification intégrée des ressources humaines de la santé axé sur l'éducation, la formation et le maintien en poste des prestataires de soins de santé;
- contribuer à créer un système de santé durable et à faibles émissions de carbone, doté d'une capacité suffisante pour gérer l'augmentation des maladies et des blessures liées aux changements climatiques, résilient face à l'aggravation des effets de la crise climatique sur les établissements de santé et capable de réduire au minimum les répercussions négatives des systèmes de santé sur l'environnement.

## 7. Responsabilité professionnelle

Les médecins ont tous et toutes la responsabilité de donner la priorité au bien-être de la patientèle et de le promouvoir, en agissant dans son intérêt<sup>11</sup>. Ils doivent respecter les normes de soins, se conduire de façon professionnelle et veiller à promouvoir des stratégies en faveur d'un accès équitable et rapide aux soins. Les médecins jouent également un rôle important dans la formation et l'encadrement de leur prochaine génération de collègues, ainsi que dans l'avancement des connaissances par des activités d'enseignement et de recherche qui doivent être reconnues et rémunérées équitablement, séparément de la rémunération des activités cliniques. Les apprenants et apprenantes en médecine méritent d'avoir accès à des cas cliniques diversifiés et de qualité, que leur formation leur soit offerte dans un cadre privé ou public.

## Principaux défis et recommandations

Les principes susmentionnés et les recommandations qui suivent doivent contribuer à relever les défis majeurs ayant une incidence sur la gestion de l'interface entre les secteurs public et privé (tant sur le plan du financement que du point de vue de la prestation) au Canada afin de garantir un meilleur accès à des soins de santé de qualité.

### A. Garantir un accès en temps opportun à des soins médicaux financés par l'État

Depuis un certain temps, la population canadienne doit composer avec de longs délais d'attente pour un large éventail de services de santé médicalement nécessaires. L'attente peut entraîner beaucoup de douleur et de souffrance, une dégradation de l'état de santé et des résultats médicaux, ainsi qu'une perte de productivité (p. ex., travail, bénévolat) pour les patients et patientes et leurs familles. La capacité de payer est un autre obstacle évident aux soins, en particulier pour des services qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance maladie de base et qui sont assujettis à des quotes-parts, à des franchises ou à un paiement intégral par le patient ou la patiente. En outre, de nombreuses autres iniquités peuvent nuire gravement à l'accès à tous les types de soins (p. ex., l'accès limité, voire inexistant, aux services de santé dans les collectivités rurales, isolées, nordiques et autochtones). On constate également, en lien avec l'accès, des iniquités considérables dans et entre les provinces et territoires.

Entre février 2023 et mars 2024, les gouvernements provinciaux et territoriaux ont conclu des ententes de financement avec le gouvernement fédéral pour résoudre plusieurs problèmes, notamment le manque de financement stable et adéquat, les graves pénuries de ressources humaines de la santé, le manque d'accès aux soins en temps opportun et l'absence de reddition de comptes au sein du système<sup>12</sup>. Les Canadiens et Canadiennes comptent sur leurs gouvernements pour respecter ces engagements en matière de financement afin d'améliorer l'accès à des soins de qualité en temps opportun comme il est défini dans les principes de la politique susmentionnés.

#### i. Soins primaires

L'un des fondements du système d'assurance maladie canadien est l'accès universel aux services médicaux médicalement nécessaires, y compris la prestation de soins de santé primaires longitudinaux à la patientèle. Les services de soins de santé primaires efficaces et de grande qualité procurent d'énormes avantages pour le système de santé dans son ensemble. La coordination des soins primaires et la continuité des soins constituent des éléments essentiels des systèmes de santé hautement performants.

Malheureusement, bien que le Canada soit doté d'un système de santé universel, on estime généralement que plus de 6,5 millions de Canadiens et Canadiennes n'ont pas accès à une ou un prestataire de soins primaires attiré. Sans prestataire de soins primaires, les patients et patientes peuvent très difficilement avoir accès à d'autres soins de santé financés par l'État ou par le privé (p. ex., médicaments prescrits en consultation externe). Il est donc compréhensible

que de nombreuses personnes aient recours à des options privées payantes pour accéder aux soins.

La pénurie de médecins de famille et le sous-financement des modèles de soins primaires ont mené à l'établissement de cliniques privées (sans rendez-vous ou virtuelles) dirigées par différents professionnels et professionnelles de la santé. Dans certains cas, la patientèle paie des frais pour devenir membre d'une clinique privée et avoir accès à un ou une médecin de famille ou à un infirmier praticien ou une infirmière praticienne. De façon générale, ces cliniques privées ne sont pas intégrées au système public, ce qui entraîne un cloisonnement et une fragmentation des soins. En 2023, le ministre fédéral de la Santé a exprimé ses préoccupations concernant l'augmentation récente des frais facturés à la patientèle pour des services médicalement nécessaires<sup>13</sup>.

La reconstruction du système de soins primaires du Canada à l'aide de modèles de soins en équipe qui répondent aux besoins de la collectivité et donnent accès à un large éventail de services de soins primaires prodigués par des professionnels et professionnelles possédant les compétences nécessaires bénéficie aujourd'hui d'un important appui. L'accès en temps opportun à des équipes de soins primaires financées par l'État doit être un élément essentiel du système de santé canadien pour l'avenir.

### **Recommandation 1**

*Que tous les gouvernements provinciaux et territoriaux mettent en place des mécanismes de financement pour soutenir la formation et la constitution d'équipes multidisciplinaires de soins primaires financées par l'État afin que les gens aient accès à des soins intégrés et en temps opportun, prodigués par des médecins de famille et d'autres professionnels et professionnelles et services de soins primaires et communautaires, selon un modèle collaboratif.*

### **Recommandation 2**

*Que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux assurent des niveaux de financement appropriés pour garantir aux patients et patientes un accès en temps opportun aux services de soins primaires médicalement nécessaires, y compris virtuellement. Conformément à la Loi canadienne sur la santé, l'imposition de frais d'adhésion, de frais modérateurs ou de paiements groupés pour l'accès aux soins primaires assurés par l'État ne devrait pas être autorisée. Il faudra établir un plan de mise en œuvre pour compenser adéquatement les changements concernant les prestataires qui facturent actuellement ces services.*

## **ii. Soins spécialisés**

De graves problèmes d'accès aux soins en temps voulu touchent également d'autres types de soins spécialisés, notamment les pénuries qui doivent être résorbées dans de nombreux domaines de spécialisation. Il existe plusieurs autres stratégies efficaces bien connues pour réduire les temps d'attente en médecine, notamment l'utilisation de systèmes d'admission centralisés pour la gestion des demandes de consultation, l'augmentation de la capacité hospitalière et chirurgicale (p. ex., le financement de lits et de soins infirmiers supplémentaires,

le recours accru aux adjoints et adjointes aux médecins et l'investissement dans l'évaluation de l'efficacité des salles d'opération afin d'éliminer les goulots d'étranglement propres à chaque établissement) et l'octroi de fonds supplémentaires en appui aux soins de suivi.

Toutefois, il reste à savoir ce qu'il faut faire si les patients et patientes n'ont toujours pas accès à des soins en temps voulu. Une solution proposée précédemment consiste à autoriser les assurances privées à couvrir des services médicalement nécessaires. À la suite de la décision rendue en 2005 par la Cour suprême dans l'affaire *Chaoulli c. Québec*, le gouvernement du Québec a autorisé le recours à des régimes d'assurance privée faisant double emploi dans le cas de certaines interventions chirurgicales. Toutefois, cela n'a pas donné lieu à une adhésion significative à cette pratique de la part des régimes d'assurance privée. Des données probantes d'autres pays montrent que l'introduction d'assurances maladie privées faisant double emploi, bien qu'avantageuse pour les personnes ayant les moyens d'en souscrire une, crée d'importantes iniquités dans l'accès aux soins de santé, détourne des ressources du système public et entraîne une augmentation des dépenses globales en matière de soins de santé<sup>14</sup>.

Une autre suggestion consiste à mieux utiliser les cibles de temps d'attente et les lignes directrices cliniques afin de soutenir la mise en place d'une « soupape de sécurité » financée par l'État. Dans un système de santé hautement performant, on s'assurera, en plus de faire un suivi de la performance à l'aide d'indicateurs exhaustifs, de définir des cibles pour orienter les investissements et les décisions.

Le Canada possède de l'expérience dans l'établissement de cibles relatives aux soins de santé. Au milieu des années 2000, les premiers ministres ont convenu d'établir des seuils de temps d'attente médicalement acceptables. L'utilisation de ces indicateurs a suscité de nouveaux investissements et de nouvelles approches de gestion des listes d'attente, ce qui s'est traduit par une diminution constante des délais pour les interventions prioritaires. Ces améliorations ont malheureusement été de courte durée, les changements aux priorités gouvernementales et la pandémie de COVID-19 ayant contraint les hôpitaux à retarder ou à annuler des interventions. L'AMC presse les têtes dirigeantes de fixer et de surveiller des cibles qui agiront comme catalyseurs de l'amélioration du système<sup>15</sup>.

Dans le cas où le système de santé d'une province ou d'un territoire n'atteindrait pas les cibles de temps d'attente, une soupape de sécurité financée par l'État et coordonnée par les ministères de la Santé provinciaux et territoriaux permettrait aux Canadiens et Canadiennes d'avoir accès à des soins spécialisés dans une autre région de leur province ou territoire ou, si cela n'est pas possible, dans une autre province ou un autre territoire ou ailleurs. Les coûts médicaux et de déplacement seraient couverts par la province ou le territoire de résidence de la personne. En Europe, de nombreux pays prennent en charge les frais médicaux de leurs résidents et résidentes pour leur permettre d'accéder à des soins dans d'autres régions du pays ou ailleurs en Europe si leur pays de résidence ne peut pas leur fournir de soins dans un délai prescrit.

Même si des Canadiens et Canadiennes ont la capacité de payer pour des services privés offerts ailleurs (p. ex., dans une autre province ou un autre pays), le recours à ce type de soupape de sécurité financée par le secteur privé ne devrait pas être accepté comme stratégie de politique publique viable dans le but d'améliorer l'accès aux soins en temps opportun au Canada.

### **Recommandation 3**

*Que l'on continue d'interdire ou de limiter rigoureusement au Canada les modèles d'assurance faisant double emploi permettant aux personnes de souscrire une assurance privée pour accéder à des services médicalement nécessaires déjà couverts par la Loi canadienne sur la santé.*

### **Recommandation 4**

*L'AMC soutient le droit pour les patients et patientes de chercher des soins ailleurs, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de leur province ou territoire, s'il leur est impossible d'en recevoir en temps opportun, même à leurs propres frais.*

*Pour soutenir ce droit dans le cadre du système public, les gouvernements provinciaux et territoriaux doivent :*

- *élaborer, mettre en œuvre et faire connaître des cibles et des lignes directrices en matière de temps d'attente approuvées sur le plan clinique pour les interventions et les services médicalement nécessaires;*
- *s'efforcer de garantir que les interventions sont offertes à l'intérieur des cibles tout en n'entravant pas l'accès équitable à d'autres types de soins;*
- *donner aux patients et aux patientes, dans les cas où l'accès aux soins spécialisés et chirurgicaux en temps opportun dans leur région n'est pas possible, le choix de recevoir des soins ailleurs dans leur province ou territoire, ailleurs au Canada ou à l'étranger, en couvrant la totalité des coûts qu'ils et elles devraient autrement engager (frais médicaux et de transport et coûts liés aux personnes proches aidantes);*
- *surveiller continuellement les temps d'attente, le pourcentage de patients et patientes recevant des soins à l'intérieur des cibles et le nombre de patients et patientes recevant des soins ailleurs (en incluant les coûts) et faire régulièrement rapport à ce sujet.*

### **Recommandation 5**

*Que les gouvernements provinciaux et territoriaux soutiennent et favorisent l'élaboration, la mise en œuvre et la mise à jour d'outils et de systèmes d'admission centralisés ou à entrée unique visant à améliorer la rapidité et l'efficacité du traitement des demandes de consultation auprès d'autres spécialistes et services spécialisés effectuées par les médecins de famille, tout en maintenant la capacité nécessaire pour répondre aux besoins des personnes vivant dans les collectivités rurales.*

## **Recommandation 6**

*Que les gouvernements provinciaux et territoriaux accordent la priorité au partage sécurisé des renseignements sur la santé entre les équipes de soins primaires, les spécialistes, les pharmaciens et pharmaciennes, les hôpitaux et les autres prestataires nécessaires au moyen d'un dossier de santé électronique simple et interopérable, afin de simplifier les processus de traitement des demandes de consultation, de réduire le fardeau administratif, d'éliminer les demandes redondantes concernant les antécédents de la patientèle, de limiter les erreurs humaines et d'assurer des transitions plus efficaces pour la patientèle. Le partage des renseignements sur la santé devrait s'appuyer sur une gouvernance coordonnée – à laquelle participeraient la patientèle et les prestataires – et sur des normes de données établies qui prévoient des mesures de protection de la vie privée et de la sécurité des données.*

### **iii. Double pratique**

On appelle généralement « double pratique » le fait pour des prestataires de soins de santé de travailler à la fois dans des systèmes financés par l'État et des systèmes privés. En plus de soigner les patientes et patients couverts par les systèmes de santé provinciaux et territoriaux financés par l'État, les médecins peuvent être amenés à fournir des services financés par le secteur privé à d'autres personnes, par exemple à des travailleurs et travailleuses ayant subi des blessures, dans le cadre de programmes d'indemnisation des accidents du travail ou d'assurance tierce.

Toutefois, l'avènement de services comme les soins virtuels privés et payants a rendu encore plus floues les limites de la prestation de services médicaux dans les systèmes financés à la fois par l'État et par le secteur privé. Les données probantes sur la question sont limitées, mais il semble que la double pratique des médecins tend à entraîner de moins bons résultats dans l'atteinte du quadruple objectif du système de santé, qui consiste à rehausser les expériences de la patientèle et des prestataires, à améliorer la santé des populations et à atteindre un meilleur rapport qualité-prix<sup>7</sup>.

## **Recommandation 7**

*Que les gouvernements provinciaux et territoriaux garantissent :*

- *que des services de soins virtuels appropriés et sécuritaires (y compris les appels vidéo et audio, les messages sécurisés et la surveillance à distance) sont financés dans le cadre du système de santé public et rémunérés proportionnellement aux services en personne;*
- *que des mesures quantitatives et qualitatives sont mises en place pour assurer un accès équitable aux soins virtuels.*

#### iv. Désaffiliation du régime public

Les médecins de partout au pays sauf en Ontario ont le droit de se désaffilier de leur régime d'assurance public. Dans certaines provinces, la capacité de se désaffilier est assujettie à la discrétion du gouvernement, qui doit s'assurer que l'accès aux soins ne sera pas compromis. Même si peu de médecins se désaffilient, on constate une augmentation du nombre de désaffiliations au cours des dernières années, en particulier au Québec.

#### Recommandation 8

*L'AMC est favorable à ce que les médecins puissent choisir de se désaffilier du régime d'assurance maladie public, moyennant les conditions suivantes :*

- *l'accès de la patientèle à leurs services ne sera pas compromis en raison de ses besoins et des délais d'attente;*
- *les médecins reconnaissent et divulguent les situations de conflits d'intérêts potentiels.*

#### B. Mettre en œuvre des modèles de prestation de soins fondés sur des données probantes afin de rendre l'accès aux soins équitable et rapide

Certaines provinces ont exprimé le souhait de recourir davantage à des ententes public-privé pour améliorer la capacité du système de santé en offrant des services assurés par l'État au moyen d'ententes contractuelles avec des exploitants privés. Par exemple, le Manitoba et l'Ontario ont annoncé leur intention d'utiliser davantage de centres de chirurgie communautaires privés pour les interventions à haut volume et à faible complexité (p. ex., chirurgies de la cataracte, arthroplasties) afin de réduire les temps d'attente. D'autres provinces (Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve-et-Labrador) ont conclu des contrats avec des entreprises privées pour l'offre de soins primaires virtuels financés par l'État, mais fournis par le privé. Ces services sont payés par le régime provincial d'assurance maladie du patient ou de la patiente.

Les adeptes de cette approche font valoir que cette façon de faire permettra d'alléger la pression exercée sur les hôpitaux et de réduire les temps d'attente pour certaines interventions, sans que les patients et patientes aient à payer de leur poche. En revanche, les personnes qui s'y opposent affirment que le recours en sous-traitance à des exploitants privés détournera les travailleurs et travailleuses de la santé des établissements publics et à but non lucratif au profit de pratiques plus lucratives dans un cadre de prestation privé à but lucratif. Ces personnes font également valoir que ces dispositions augmenteront les coûts pour le système et exposeront la patientèle à des pratiques de « vente incitative » qui l'encourageront à payer de sa poche des services supplémentaires dont elle n'a pas besoin ou qu'elle n'a pas les moyens de payer.

Au Canada, le rôle des sociétés de capital-investissement dans le secteur des soins de santé s'est accru au cours des dernières décennies alors que de petits exploitants ont fusionné avec des entreprises plus importantes ou ont été absorbés par celles-ci. À l'heure actuelle, bon nombre d'entreprises qui exploitent des établissements de soins de longue durée à but lucratif, des pharmacies et des services d'analyse en laboratoire et d'imagerie diagnostique sont de grandes multinationales cotées en bourse. La présence de grandes sociétés augmente également dans d'autres secteurs des soins de santé, notamment ceux des soins de la vue, des soins virtuels et de certaines spécialisations médicales comme la dermatologie.

Les données probantes internationales indiquent clairement que la prestation de services couverts par l'État par des établissements à but lucratif, en particulier des organisations détenues par des investisseurs et investisseuses, entraîne une qualité moindre et des coûts plus élevés. Les données sont par ailleurs lacunaires quant au succès obtenu par les ententes existantes en matière d'amélioration de la qualité des soins et d'accès équitable<sup>7</sup>.

### **Recommandation 9**

*Que toute décision prise par les gouvernements provinciaux et territoriaux ou les autorités sanitaires régionales de confier à des services à but lucratif la prestation de soins médicaux financés par l'État soit conforme aux principes de la politique susmentionnés ainsi qu'aux lignes directrices suivantes :*

- *processus d'appel d'offres ouvert;*
- *utilisation d'accords de reddition de comptes et de transparence accessibles au public;*
- *absence de frais exigés de la patientèle pour recevoir les services prévus dans l'entente;*
- *transparence totale et consentement clair de la patientèle relativement à la vente de services supplémentaires (vente incitative);*
- *réglementation et gouvernance relatives à l'utilisation des données de la patientèle à des fins secondaires;*
- *respect des mêmes normes de santé et de sécurité et des mêmes exigences réglementaires que celles qui s'appliquent aux prestataires publics;*
- *intégration avec le système public, ce qui inclut les renseignements sur la santé des patients et patientes qui sont assujettis à des normes et garanties strictes en matière de protection de la vie privée et de sécurité de l'information;*
- *dispositions financières et responsabilités claires pour tout suivi chirurgical ou médical nécessaire;*

- *garantie qu'un cadre d'évaluation en temps réel, avec la participation de médecins, est en place pour mesurer et rendre publique la performance en matière de qualité. Cela devrait comprendre des évaluations indépendantes et continues des ententes public-privé afin de mesurer les coûts totaux, l'incidence sur les soins à la patientèle, les temps d'attente ainsi que la satisfaction des professionnels et professionnelles et de la population.*

*Le recours à de telles ententes public-privé doit être supervisé et produire des retombées positives sur le plan des résultats pour la patientèle et du rapport coût-efficacité, en plus de réduire les temps d'attente pour la population, sans accroître les obstacles à l'accès aux soins (p. ex., entrave à la continuité de soins).*

### **Recommandation 10**

*Qu'un organisme indépendant comme les Instituts de recherche en santé du Canada réalise ou fasse en sorte que soient réalisées des recherches et analyses supplémentaires sur l'expérience canadienne concernant le rôle et l'incidence des sociétés et des sociétés de capital-investissement dans les soins de santé au Canada.*

## **C. Élargir l'accès équitable aux soins pour d'autres services de soins de santé**

En vertu de la Loi canadienne sur la santé, les services hospitaliers et médicaux médicalement nécessaires sont couverts en tant que services de santé assurés, et les provinces et les territoires sont tenus d'offrir une couverture complète pour ces services (c.-à-d. sans frais pour la patientèle). Quelques pays offrent une couverture complète pour des services au-delà des services jugés médicalement nécessaires au Canada; par exemple, l'Écosse, l'Irlande du Nord et le pays de Galles le font pour les produits pharmaceutiques. Toutefois, la majorité des pays de comparaison ne suivent pas cette approche, et certains autorisent les assurances privées à couvrir une partie du coût total des soins ou imposent des frais modérateurs et des franchises, avec des exceptions pour certains groupes de population comme les enfants et les personnes à faible revenu.

Même si le système d'assurance maladie du Canada offre une couverture complète universelle pour les services hospitaliers et médicaux comme l'exige la Loi canadienne sur la santé, de nombreux Canadiens et Canadiennes sont confrontés à plusieurs lacunes graves dans la couverture publique de services importants ne relevant pas de la Loi, lacunes qui varient selon les provinces et territoires. Ces services incluent les médicaments prescrits en consultation externe, certains services en matière de santé mentale et de traitement de la toxicomanie, les services de réadaptation en milieu communautaire (p. ex., physiothérapie, ergothérapie et orthophonie), les soins à domicile, les soins de longue durée, les soins dentaires, l'optométrie et les soins palliatifs à domicile.

En raison des coûts élevés et des difficultés budgétaires du Canada, l'accroissement de l'accès à un plus large éventail de services de soins de santé ne relevant pas de la Loi canadienne sur la santé peut nécessiter une approche financière pragmatique comme la priorisation des lacunes

de couverture pour ceux et celles qui n'ont pas accès aux services ou le partage des coûts pour les services à des degrés divers. Récemment, le gouvernement fédéral a pris certaines mesures pour combler les écarts relativement aux services ne relevant pas de la Loi en finançant des services pour les Canadiens et Canadiennes qui n'ont qu'une couverture limitée, ou qui n'en ont pas du tout, pour les soins dentaires et certains médicaments d'ordonnance, mais ces programmes comprennent des quotes-parts ou des frais modérateurs.

Il a été démontré que les quotes-parts et les frais modérateurs pour les services de santé couverts par les régimes publics constituent des obstacles aux soins, en particulier pour les populations à faible revenu et marginalisées, et que, d'après l'expérience d'autres systèmes de santé, ils ne contribuent pas à réduire les coûts globaux ni à améliorer l'efficacité. Dans les cas où des frais modérateurs existent pour des services couverts par des régimes publics ne relevant pas de la Loi canadienne sur la santé, par exemple pour les médicaments d'ordonnance et les soins dentaires ou de la vue, les données probantes indiquent que ces services devraient être entièrement couverts pour les populations dignes d'équité afin de réduire les obstacles à l'accès aux soins dont elles ont besoin.

#### **Recommandation 11**

*Que les gouvernements provinciaux et territoriaux élargissent le financement public pour des soins de santé qui tiennent compte des réalités culturelles au-delà des services hospitaliers et médicaux médicalement nécessaires sur la base des besoins de la population en matière de santé et des meilleures données probantes, et en vue d'éliminer les disparités dans l'accès aux soins couverts par les régimes d'avantages sociaux ou les assurances privées.*

#### **Recommandation 12**

*L'AMC appelle les gouvernements à garantir l'accès universel aux médicaments d'ordonnance médicalement nécessaires sans égard à la capacité de payer des patients et patientes.*

#### **Recommandation 13**

*Que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux procèdent à une évaluation de l'impact sur l'équité intégrant les principes d'équité, de diversité, d'inclusion, de réconciliation et d'accessibilité (EDIRA) au moment d'utiliser des fonds publics pour combler les lacunes de la couverture de la population et d'envisager l'introduction de frais modérateurs ou de toute autre entente de partage des coûts avec la patientèle pour les services couverts par les régimes publics.*

### **v. Soins de longue durée et soins à domicile**

Les services de soins communautaires prennent une place de plus en plus importante dans les systèmes de santé et nécessiteront un financement accru au cours des prochaines années. Cela dit, un manque d'options de soins de longue durée en établissement financées convenablement en matière ainsi qu'un financement insuffisant des soins à domicile et des soins palliatifs contribuent à l'engorgement des soins hospitaliers et à la mauvaise qualité des

soins pour la patientèle et les résidents et résidentes<sup>a</sup>. Des investissements importants sont nécessaires autant dans les soins en milieu communautaire (p. ex., options de niveaux de soins plus élevés) qu'en établissement (p. ex., infrastructure, dossiers de santé électroniques interopérables, mise en œuvre de normes nationales et agrément). Contrairement aux services hospitaliers et médicaux médicalement nécessaires, il n'existe pas de cadre « national » contraignant pour les services de soins continus, car ils relèvent de la compétence des provinces et des territoires et non de la Loi canadienne sur la santé. Étant donné que les établissements de soins de longue durée sont considérés comme des logements et non comme des prolongements des hôpitaux, les provinces et territoires couvrent une partie des coûts des soins de longue durée, y compris les soins personnels et les soins infirmiers, et subventionnent les frais de subsistance pour les résidents et résidentes à faible revenu. Dans le cas des soins à domicile, le niveau des services couverts par l'État s'avère souvent insuffisant, ce qui nécessite le recours à des services supplémentaires financés par le secteur privé.

Le nombre d'adultes âgés au Canada continuera de croître au cours des prochaines années. Bon nombre de ces personnes auront besoin d'une aide financière pour profiter de toutes les mesures et de tous les niveaux de soutien dont elles auront besoin pour vieillir dans la dignité.

L'Allemagne et les Pays-Bas proposent des programmes nationaux d'assurance de soins de longue durée qui contribuent à compenser divers coûts supplémentaires pour les soins (à domicile et en établissement). Ces régimes sont financés au moyen d'une cotisation salariale répartie à parts égales entre la personne employée et l'employeur. Toutefois, des quotes-parts sont encore nécessaires pour couvrir une partie des coûts.

#### **Recommandation 14**

*Pour couvrir durablement les coûts futurs des soins de longue durée (soins en établissement, à domicile et palliatifs), que le gouvernement fédéral réalise une étude de faisabilité des options d'épargne, tant dans le public que dans le privé, portant notamment sur l'assurance privée, les approches d'épargne avec report d'impôt et prépaiement d'impôt, et l'assurance publique et sociale basée sur les cotisations.*

En ce moment, plus de 200 000 adultes âgés et personnes vivant avec un handicap résident dans des établissements de soins de longue durée. Le gouvernement fédéral prévoit de présenter une loi sur les soins de longue durée sécuritaires en appui aux nouvelles normes nationales à ce chapitre afin de garantir des soins sécuritaires, fiables et de haute qualité et d'améliorer les pratiques de prévention et de contrôle des infections. Il s'est engagé à fournir aux provinces et aux territoires trois milliards de dollars pour améliorer les soins de longue durée dans l'ensemble des provinces et des territoires, y compris pour la mise en œuvre des normes. À l'heure actuelle, l'agrément des établissements de soins de longue durée n'est obligatoire que dans cinq provinces (Alberta, Québec, Manitoba, Saskatchewan et Terre-Neuve-et-Labrador).

---

<sup>a</sup> L'expression « autre niveau de soins » (ANS) est utilisée pour désigner les cas où une personne occupe un lit d'hôpital alors qu'elle n'a pas besoin des soins de courte durée fournis dans cet établissement.

Au Canada, 43 % des décès en lien avec la pandémie de COVID-19 se sont produits dans des établissements de soins de longue durée. Cette situation a soulevé des questions quant à la gouvernance et à la réglementation de ces établissements, qui sont actuellement exploités par des organismes gouvernementaux (46 %), des organismes privés sans but lucratif (23 %) et des organismes privés à but lucratif (26 %). Les données probantes internationales et canadiennes indiquent que la prestation de soins de longue durée par des organismes à but lucratif est associée à des taux plus élevés de mortalité et d'hospitalisation<sup>7</sup>. À la suite d'une vaste consultation, l'Organisation de normes en santé a publié une norme nationale révisée sur les soins de longue durée en 2023<sup>16</sup>.

### **Recommandation 15**

*Dans le cadre d'un mouvement d'amélioration de la qualité des soins prodigués aux personnes âgées et aux personnes vivant avec un handicap, l'AMC recommande que :*

- *les gouvernements provinciaux et territoriaux augmentent le financement pour garantir des niveaux de dotation et des infrastructures adéquats (p. ex., installations modernes, dossiers de santé électroniques interopérables, collecte de données de qualité) pour les soins de longue durée, les services de soins à domicile et les soins palliatifs, afin de répondre aux besoins croissants dans l'ensemble du pays;*
- *tous les établissements de soins de longue durée au Canada adoptent la norme révisée de l'Organisation de normes en santé;*
- *tous les établissements de soins de longue durée au Canada soient agréés;*
- *les indicateurs de la qualité des soins fassent l'objet d'un rapport public et d'un partage des pratiques exemplaires;*
- *des mesures soient adoptées en vue d'accroître le recrutement et le maintien en poste des effectifs dans les milieux de soins en établissement et à domicile.*

## **D. Améliorer la reddition de comptes et la transparence**

Lors des consultations de l'AMC, les médecins et les personnes ayant une expérience vécue pertinente ont accordé une grande importance à l'amélioration de la reddition de comptes et de la transparence au sein du système de santé canadien, quelles que soient les sources de financement et de prestation des soins (publiques ou privées), ainsi qu'à la mise en place de niveaux de soins et de services comparables dans l'ensemble du pays. La transparence est fortement considérée comme un élément nécessaire à la reddition de comptes. La population doit pouvoir efficacement demander des comptes aux gouvernements et aux autres acteurs et actrices du secteur de la santé, prendre la mesure de la situation actuelle au sein des systèmes de santé publics et privés au Canada et repérer les domaines potentiels de conflits d'intérêts.

La délimitation des services assurés par l'État est une question politique fondamentale pour les gouvernements, les prestataires de soins de santé et la patientèle. On ne peut attendre du système de santé public qu'il réponde à tous les besoins de tous les patients et toutes les patientes; il faut faire des choix et négocier des compromis. Cependant, les décisions concernant le panier de services assurés ont généralement été prises au cas par cas et à huis clos. Le système a également tardé à s'adapter aux technologies émergentes et à l'évolution de la prestation des soins. Pour renforcer la reddition de comptes et la transparence, il faut : 1) recueillir des données de manière systématique et normalisée et rendre compte au public des grands indicateurs de rendement du système de santé, comme la sécurité, la rapidité, l'efficacité, l'équité et l'efficience, au niveau tant fédéral que provincial et territorial; et 2) se doter d'un organisme de surveillance externe – comptant des personnes représentant les prestataires et la patientèle – des systèmes de santé publics et privés pour que les décisions liées aux politiques sanitaires et au financement de la santé soient prises dans l'intérêt des patientes et des patients et à l'abri de toute influence et de tout parti pris de nature politique et financière. La surveillance des systèmes de santé devrait s'exercer tant au niveau provincial et territorial qu'au niveau pancanadien pour suivre l'évolution de la prestation et du financement des soins de santé, du rendement du système de santé et des résultats en matière de santé des personnes et des populations, et faire rapport à ce sujet, ainsi que pour repérer les pratiques prometteuses et les initiatives réussies.

Les ententes de financement de la santé récemment conclues par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux engagent les parties à mesurer les progrès annuels relativement à des indicateurs communs dans le cadre de leur engagement en matière de données, et à faire rapport à ce sujet. En outre, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) doit collaborer avec les provinces, les territoires et les experts et expertes afin d'affiner les indicateurs existants et d'en élaborer de nouveaux pour permettre aux administrations et à l'ICIS de rendre compte à la population canadienne, à partir d'indicateurs et de données comparables, de la manière dont les soins de santé sont offerts partout au Canada, de leur performance et de la façon dont ils se comparent à ceux des autres pays<sup>5</sup>. La surveillance efficace des accords passés conclus entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux a été irrégulière et de courte durée. La population canadienne exige désormais une amélioration considérable du degré de reddition de comptes et de transparence de son système de santé à tous les niveaux.

#### **Recommandation 16**

*Que les gouvernements provinciaux et territoriaux évaluent en temps réel toute initiative, nouvelle ou non, de soins publics-privés pour s'assurer que les services répondent aux objectifs et que les conséquences inattendues soient relevées, et pour maintenir la capacité d'adapter ou d'annuler des ententes afin d'éviter une utilisation inefficace des ressources humaines et physiques du système de santé. L'annulation d'une entente public-privé doit être annoncée suffisamment à l'avance pour que la patientèle et les médecins aient le temps de se tourner vers d'autres services.*

**Recommandation 17**

*Que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux mettent en place et tiennent à jour un cadre de production de rapports structuré pour surveiller la mise en œuvre de toutes les ententes de financement de la santé qu'ils concluent.*

**Recommandation 18**

*Afin d'accroître la reddition de comptes et la transparence, que l'on crée un poste d'administratrice ou administrateur en chef de la responsabilisation en santé à l'échelle nationale qui sera indépendante ou indépendant et qui rendra compte chaque année de l'utilisation des fonds consacrés à la santé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, et de leur incidence pour la santé de la population canadienne. Cette personne collaborera avec des prestataires de soins de santé et des personnes ayant une expérience vécue pertinente.*

**Recommandation 19**

*Qu'il revienne à Santé Canada de surveiller en permanence l'accès des Canadiens et Canadiennes à un éventail complet de services de santé nécessaires dans l'ensemble du pays et de produire des rapports de comparaison destinés au public.*

**Recommandation 20**

*Que les régimes d'assurance maladie des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux prévoient une consultation, une justification et un avis public adéquats lorsque des services financés par l'État doivent être désassurés ou modifiés.*

**Recommandation 21**

*Que le gouvernement fédéral entreprenne un examen de son financement des services de soins de santé pour les populations relevant de sa compétence afin de s'assurer qu'il n'existe aucun obstacle financier ou autre à l'accès aux soins.*

## **vi. Un appel à la recherche et à l'évaluation**

Il est important d'évaluer soigneusement les nombreuses expériences naturelles à l'échelle du pays et d'en tirer des enseignements, à l'heure où les gouvernements modifient le financement et la prestation des soins de santé. Il faut prêter attention tout particulièrement aux domaines qui connaissent une croissance considérable, par exemple les centres de chirurgie financés par le privé, les services de soins virtuels et les cliniques de soins primaires financées par le privé et dirigées par des professionnels et professionnelles de la santé qui ne sont pas des médecins. Des recherches en temps réel doivent être effectuées pour appuyer les corrections de trajectoire qui s'imposent. En outre, au moment où les gouvernements songent à apporter des modifications aux politiques susceptibles de modifier l'équilibre entre les soins publics et privés, ils doivent s'assurer de l'existence de mécanismes de surveillance adéquats et veiller à ce que des données précises et fiables soient recueillies régulièrement pour surveiller les répercussions sur la qualité, l'accessibilité, les résultats et les coûts des soins de santé.

**Recommandation 22**

*Que les gouvernements provinciaux et territoriaux s'engagent à financer et à rendre publique une recherche en temps réel, à évaluation rapide, sur l'efficacité des ententes public-privé (nouvelles ou non) au sein de leur province ou territoire, portant notamment sur les modèles de soins privés financés par l'État.*

# Glossaire

## Assurance maladie privée

Il existe différentes formes d'assurance maladie privée selon les pays :

- **Assurance maladie privée primaire** : Couverture de base pour les personnes n'étant pas admissibles ou n'ayant pas droit à un régime public d'assurance maladie (par exemple aux États-Unis), ou qui choisissent de s'en retirer.
- **Assurance maladie privée duplicative (parallèle)** : Couverture pour des services de santé déjà assurés par le régime public d'assurance maladie (par exemple, en Australie), mais parfois fournis par des prestataires différents ou à un niveau de service différent.
- **Assurance maladie primaire complémentaire** : Couverture de services complémentaires à ceux assurés par un régime public (par exemple, en France), et qui rembourse aux titulaires du régime les quotes-parts et les dépenses personnelles non couvertes.
- **Assurance maladie privée complémentaire** : Couverture des services de santé complémentaires non couverts par le régime public (par exemple, au Canada). Selon le pays, il peut s'agir par exemple de services de santé mentale, de médicaments, de services de réadaptation, de soins de longue durée, de soins dentaires ou de services de médecine douce ou parallèle.

## Couverture intégrale

Services de santé entièrement couverts par un régime public d'assurance maladie, sans frais pour les patients et patientes.

## Frais au point de service

Les frais au point de service peuvent prendre plusieurs formes :

- **Surfacturation** : Frais facturés à une personne assurée pour un service assuré, en plus du montant payé par le régime d'assurance maladie provincial ou territorial. Par exemple, si un ou une médecin facture à un patient ou une patiente un montant pour une consultation assurée par le régime d'assurance maladie provincial ou territorial, il s'agit de surfacturation. La surfacturation, qui constitue un obstacle à l'accès aux soins de santé, est interdite par la Loi canadienne sur la santé.
- **Frais d'établissement** : Frais facturés directement aux patients et patientes recevant des services médicalement nécessaires dans des cliniques privées. Lorsqu'un régime public d'assurance maladie provincial ou territorial paie les honoraires du ou de la médecin pour un service médicalement nécessaire fourni dans une clinique privée, il doit

également payer les frais d'établissement, qui sinon seront déduits des transferts fédéraux en santé.

- **Frais modérateurs** : Frais pour un service de santé assuré, à l'exclusion de la surfacturation. Si les patients ou patientes doivent payer des frais pour recevoir des services de santé assurés, ces frais sont considérés comme des frais modérateurs. Les frais modérateurs, qui constituent un obstacle à l'accès aux soins de santé, sont interdits par la Loi canadienne sur la santé.
- **Quotes-parts et franchises** : La quote-part est un montant fixe payé par la personne au moment où elle reçoit des services médicaux non assurés ou fait remplir une ordonnance. La franchise est la portion initiale des frais que doit payer la personne pour un service, la portion restante étant couverte par le régime d'assurance maladie.
- **Dépenses personnelles** : Frais médicaux non couverts par le régime d'assurance du patient ou de la patiente, qui doit donc les assumer directement.

### **Interface public-privé**

Toute situation où il y a un mélange entre les secteurs public et privé en ce qui concerne le financement ou la prestation de services de santé.

### **Personne assurée**

Résident ou résidente d'une province ou d'un territoire admissible au régime public d'assurance maladie. Parfois appelée bénéficiaire.

Ne sont pas considérés comme des personnes assurées les membres actifs des Forces canadiennes, les détenus et détenues des pénitenciers fédéraux, les réfugiées et réfugiés couverts par le gouvernement fédéral et les personnes couvertes par les régimes provinciaux d'assurance accident du travail.

### **Points de repère sur les temps d'attente**

Cibles de performance concernant les temps d'attente raisonnables pour les services fournis aux patients et patientes dans le système de santé, lesquelles s'appuient sur un large consensus au sein de la profession médicale.

### **Retrait ou adhésion (régimes publics d'assurance maladie)**

Sauf en Ontario, les médecins peuvent choisir de renoncer à leur droit de facturer le régime public d'assurance maladie, et d'exercer en cabinet privé. Selon la province ou le territoire, on parlera aussi notamment de « non-participation », de « non-adhésion », d'« exercice en dehors de la Loi » ou de « médecins non visés par l'entente ».

### **Services de santé assurés**

La Loi canadienne sur la santé oblige toutes les provinces et tous les territoires à avoir un régime public d'assurance maladie pour les services hospitaliers (y compris ceux de chirurgie

dentaire) ou médicaux médicalement nécessaires.

Les provinces et les territoires fournissent également, à leur discrétion, un large éventail d'autres programmes et services, tels que l'assurance médicaments, les soins dentaires non chirurgicaux, les services ambulanciers et les services d'optométrie. Ces services sont souvent destinés à des groupes particuliers, comme les personnes âgées, les enfants et les bénéficiaires de l'aide sociale. Le niveau de financement et l'étendue de la couverture varient d'une province et d'un territoire à l'autre.

### **Services hospitaliers assurés**

Services médicalement nécessaires pour les patientes et patients hospitalisés ou ambulatoires, comme les services infirmiers, les examens diagnostiques, les fournitures et l'équipement médicaux et chirurgicaux, l'hébergement et les repas.

### **Services hospitaliers non assurés**

Services facturables aux patients et patientes, dont les chambres à un ou deux lits, les services infirmiers privés, le stationnement et les services téléphoniques et télévisuels.

### **Services médicaux assurés**

Services médicalement nécessaires fournis par des urgentologues, des médecins spécialistes ou des médecins de famille. Les services inclus sont généralement déterminés par le régime public d'assurance maladie provincial ou territorial, en consultation avec la profession médicale.

### **Services médicaux non assurés**

Services facturables aux patients et patientes, dont la délivrance de certificats médicaux, le transfert de dossiers médicaux, les témoignages devant les tribunaux et les services esthétiques. Le coût de ces services est régi par les collèges des médecins provinciaux et territoriaux.

### **Soins privés**

Les soins de santé peuvent être fournis par des prestataires du secteur privé qui ne sont pas des organismes gouvernementaux et qui n'ont pas l'obligation de rendre des comptes directement au gouvernement. Il peut s'agir de professionnelles ou professionnels de la santé indépendants (par exemple, des médecins) ou d'organisations avec ou sans but lucratif. Les prestataires privés peuvent recevoir des fonds publics pour leurs services, dans la mesure où les services assurés ne sont pas facturés aux patients et patientes.

### **Soins publics**

Prestation d'un service directement par le gouvernement, par les autorités sanitaires régionales ou par l'intermédiaire d'un organisme de bienfaisance sans but lucratif ayant une obligation de rendre des comptes au gouvernement en vertu d'une loi ou d'un règlement (par exemple, la Loi sur les hôpitaux publics).

## Soins virtuels

Toute interaction entre les patients et patientes et les membres de leur cercle de soins – médecins et autres prestataires de soins de santé – par téléphone, courriel, message texte ou vidéo.

Depuis la pandémie de COVID-19, les provinces et les territoires offrent et financent des soins virtuels selon des modalités variables. La plupart d’entre elles et d’entre eux n’ont toutefois pas intégré ces soins à leur offre de services permanente.

## Références

---

<sup>1</sup> Association médicale canadienne (AMC), Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). *Recommandations stratégiques sur les ressources humaines de la santé à l’intention des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux : rapport d’étape et appels à l’action*. Ottawa : AMC, AIIC, CMFC; avr. 2024. Accessible ici : <https://digitallibrary.cma.ca/link/digitallibrary89> (consulté le 19 août 2024).

<sup>2</sup> Statistique Canada. *Estimation de la population du Canada : forte croissance démographique en 2023*. Ottawa : Statistique Canada; 2024. Accessible ici : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/240327/dq240327c-fra.htm> (consulté le 16 août 2024).

<sup>3</sup> Naik, H. et coll. Population-Based Trends in Complexity of Hospital Inpatients. *JAMA Intern Med*. 2024; vol. 184, n° 2: p. 183-192.

<sup>4</sup> Institut canadien d’information sur la santé (ICIS). *Tendances des dépenses nationales de santé, 2023 — analyse éclair*. Ottawa : ICIS; 2 nov. 2003. Accessible ici : <https://www.cihi.ca/fr/tendances-des-depenses-nationales-de-sante-2023-analyse-eclair> (consulté le 5 sept. 2024).

<sup>5</sup> Affleck, A. et coll. Énoncé de position de l’ACMU sur l’engorgement des départements d’urgence et le blocage d’accès. *CJEM*. 2013; vol. 15, n° 6: p. 371-384. Accessible ici : [https://caep.ca/periodicals/Volume\\_15\\_Issue\\_6/Vol\\_15\\_Issue\\_6\\_Page\\_371\\_-\\_384\\_Affleck.pdf](https://caep.ca/periodicals/Volume_15_Issue_6/Vol_15_Issue_6_Page_371_-_384_Affleck.pdf) (consulté le 15 avr. 2024).

<sup>6</sup> Ovid, N. Posthaste: Canadians are cutting back on health-related expenses due to inflation. *Financial Post*. 24 févr. 2023. Accessible ici : <https://financialpost.com/executive/executive-summary/canadians-cut-health-expenses-inflation> (consulté le 5 sept. 2024).

<sup>7</sup> Association médicale canadienne (AMC). *Compte rendu des discussions : conversation nationale sur les soins de santé publics et privés au Canada*. Ottawa : AMC; 2024. Accessible ici : <https://digitallibrary.cma.ca/link/digitallibrary128> (consulté le 23 juill. 2024).

<sup>8</sup> Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington : National Academies Press; 2001. Accessible ici : <https://nap.nationalacademies.org/read/10027/chapter/1> (consulté le 5 sept. 2024).

<sup>9</sup> Association médicale canadienne (AMC). *Soins axés sur le partenariat avec les patients*. Ottawa : AMC; 2021. Accessible ici : <https://policybase.cma.ca/link/policy14434> (consulté le 5 sept. 2024).

---

<sup>10</sup> Rogers, P. Systematic review. *Washington : Better Evaluation, Global Evaluation Initiative*; 2022. Accessible ici : <https://www.betterevaluation.org/methods-approaches/methods/systematic-review> (consulté le 23 avr. 2024).

<sup>11</sup> Association médicale canadienne (AMC). *Code d'éthique et de professionnalisme de l'AMC*. Ottawa : AMC; 2018. Accessible ici : <https://policybase.cma.ca/link/policy13937> (consulté le 23 avr. 2024).

<sup>12</sup> Santé Canada. *Travailler ensemble pour améliorer les soins de santé au Canada : aperçu*. Ottawa : Santé Canada; 19 janv. 2024. Accessible ici : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/priorites-partagees-matiere-sante.html> (consulté le 23 avr. 2024).

<sup>13</sup> Duclos, J.-Y. *Lettre aux provinces et territoires sur l'importance de respecter la Loi canadienne sur la santé*. Ottawa : Santé Canada; 9 mars 2023. Accessible ici : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/systeme-sante-canadien-assurance-sante/loi-canadienne-sante/lettre-provinces-territoires-importance-respecter.html> (consulté le 23 avril 2024).

<sup>14</sup> Saulnier, M. *Soins de santé publics et privés au Canada : que révèlent les données probantes?* Ottawa : Association médicale canadienne (AMC); 2024. Accessible ici : <https://digitallibrary.cma.ca/link/digitallibrary125> (consulté le 23 juill. 2024).

<sup>15</sup> Association médicale canadienne (AMC). *Améliorer la reddition de comptes à la population canadienne dans le secteur des soins de santé*. Ottawa : AMC; juill. 2023. Accessible ici : <https://digitallibrary.cma.ca/link/digitallibrary4> (consulté le 23 avr. 2024).

<sup>16</sup> Organisation de normes en santé (HSO). *CAN/HSO 21001:2023 - Soins de longue durée*. Ottawa : HSO; 2023. Accessible ici : <https://healthstandards.org/fr/standard/soins-de-longue-duree-canhso-21001-2023-f/> (consulté le 23 avr. 2024).