

IL EST RÉSOLU que l'Association des infirmières et infirmiers du Canada travaillera de concert avec la Coalition canadienne de la santé et d'autres groupes de la société civile afin d'exercer de fortes pressions sur le gouvernement fédéral concernant l'application de la *Loi canadienne sur la santé*.

Contexte

Santé Canada doit rendre des comptes au Parlement, ainsi que surveiller et appliquer les cinq critères et deux conditions de la *Loi canadienne sur la santé*. Pourtant, Santé Canada permet encore aux provinces de refuser de fournir des informations sur la prestation de soins de santé à but lucratif dans leur territoire. En 2002, le vérificateur général a constaté que Santé Canada ne disposait pas des informations nécessaires pour assurer la conformité à la loi.¹ Dans le dernier rapport, le Québec n'a fourni aucune information, tandis que l'Ontario, la Colombie-Britannique et l'Alberta n'ont pas fourni toutes les informations demandées. Le ministère se trouve donc dans l'impossibilité de déclarer au Parlement l'état de conformité des diverses provinces et des territoires en ce qui concerne les critères et conditions de la *Loi*.

Bien que le resquillage et le dépassement des tarifs soient des phénomènes attestés par Santé Canada au Québec, le Ministère n'a imposé aucune sanction dans cette province.² La Colombie-Britannique a reçu une amende de 114 850 \$ pour dépassement de tarifs il y a trois ans dans des cliniques chirurgicales, et la Nouvelle-Écosse a écopé d'une amende de 9 460 \$. En date de l'an 2006, il existait 70 cliniques chirurgicales en Colombie-Britannique, y compris 23 qui fournissaient des chirurgies générales à but lucratif pour personnes non hospitalisées.³

Il existe une grande quantité de données sur les différences de coûts et de résultats entre la prestation à but lucratif et sans but lucratif dans les divers secteurs. Plusieurs études démontrent que la qualité des soins dans les institutions à but lucratif est inférieure.^{4 5 6 7 8} Les preuves les plus concluantes proviennent d'examen systématiques et de méta-analyses de tous les documents disponibles évalués par les pairs et portant sur le débat entre les soins de santé à but lucratif ou non lucratif; ces études ont constaté un taux de mortalité des patients plus élevé dans les centres à but lucratif par comparaison à leurs homologues à sans but lucratif.^{9 10} Ces résultats plus négatifs entraînaient également des coûts plus élevés : un examen systématique assorti d'une méta-analyse de tous les documents disponibles évalués par les pairs, paru dans le *Canadian Medical Association Journal*, a déterminé que les hôpitaux à but lucratif demandent 19 p. cent de plus que les hôpitaux sans but lucratif, somme importante au niveau statistique.¹¹

Les données canadiennes en provenance du secteur des soins de longue durée indiquaient que les effectifs étaient plus élevés dans les installations sans but lucratif que celles à but lucratif,¹² et que les résultats pour la santé étaient plus positifs dans les installations sans but lucratif.^{13 14} Comme l'a déterminé un groupe de chercheurs, les différences en effectifs avaient de fortes chances d'entraîner les différences constatées au niveau des résultats pour la santé.¹⁵ Un examen

d'études effectuées entre 1990 et 2002 portant sur les maisons de soins infirmiers d'Amérique du Nord a de même constaté que les maisons à but lucratif semblaient fournir des soins de moins bonne qualité pour ce qui était d'une variété de processus et de résultats.¹⁶

Présentée par l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

¹ Bureau du vérificateur général du Canada, le 8 octobre 2002. Santé Canada — L'appui fédéral à la prestation des soins de santé; Ottawa. auteur.

² Gloria Galloway. "Quebec Escapes Health Care Sanctions: Ottawa fails to exact penalties for queue-jumping, extra billing, and ignoring requests for information", *Globe and Mail*, le 21 février 2008.

³ Fuller, Colleen, (2006) Want Runaway Health Care Costs? Encourage Private Surgical Clinics. *The Tyee*

⁴ Himmelstein, D. U., et al. (1999). Quality of Care in Investor-Owned vs. Not-for-Profit HMOs. *Journal of the American Medical Association*, 282(2), p.159-163.

⁵ Garg, P. P., et al. (1999). Effect of the Ownership of Dialysis Facilities on Patients' Survival and Referral for Transplantation. *New England Journal of Medicine*, 341(2), p.1653-1660.

⁶ Rosenau, P. V., et Linder, S. H. (2003). A comparison of the performance of for-profit and nonprofit health provider performance in the United States. *Psychiatric Services*, (54)2, p.183-187.

⁷ Rosenau, P. V., et Linder, S.H. (2003). Two decades of research comparing for-profit health provider performance in the United States. *Social Science Quarterly*, 84(2), p.219-241.

⁸ Schneider, E. C., Zaslavsky, A. M., et Epstein, A. M. (2005). Quality of care in for-profit and not-for-profit health plans enrolling Medicare beneficiaries. *American Journal of Medicine*, 118, 1392-1400.

⁹ Devereaux, P. J., et al. (2002). A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals. *Canadian Medical Association Journal*, 166(11), p.1399-1406.

¹⁰ Devereaux, P. J., et al. (2002). Comparison of mortality between private for-profit and private not-for-profit hemodialysis centers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 288(19), p.2449-2457.

¹¹ Devereaux, P. J., Heels-Andell, D., Lacchetti, C., Haines, T., Burns, K. E. A., Cook, D. J., et al. (2004). Payments for care at private for-profit and private not-for-profit hospitals: a systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 170 (12), p.1817-1824.

¹² L'étude était fondée sur des données provenant de Colombie-Britannique. Voir McGregor, M. J., Cohen, M., McGrail, K., Broemeling, A. M., Adler, R. N., Schulzer, M., et al. (2005). Staffing levels in not-for-profit and for-profit long-term care facilities: Does type of ownership matter? *Canadian Medical Association Journal*, 172, p.645-649.

¹³ L'étude est fondée sur des données provenant du Manitoba. Voir Shapiro, E., and Tate, R. B. (1995). Monitoring the outcomes of quality of care in nursing homes using administrative data. *Canadian Journal of Aging*, 14, p.755-768.

¹⁴ McGregor, M. J., Tate, R. B., McGrail, K. M., et al. (2006). Care outcomes in long-term care facilities in British Columbia, Canada: Does ownership matter? *Medical Care*, 44, p.929-935.

¹⁵ McGrail, K. M., McGregor, M. J., Cohen, M., Tate, R. B., et Ronald, L. A. (2007). For-profit versus not-for-profit delivery of long-term care. *Canadian Medical Association Journal*, 176, 57-58.

¹⁶ Hillmer, M. P., Wodchis, W. P., Gill, S. S., Anderson, G. M., et Rochon, P. A. (2005). Nursing home profit status and quality of care: Is there any evidence of an association? *Medical Care Research and Review*, 62 (2), p.139-166.