

COMMISSION D'APPEL ET DE RÉVISION DES SERVICES DE SANTÉ

Rapport Annuel

Exercice allant du 1er avril 2005 au 31 mars 2006



**Health Services Appeal
and Review Board**

151 Bloor Street West, 9th Floor
Toronto ON M5S 2T5

Telephone: (416) 327-8512
1-866-282-2179

Facsimile: (416) 327-8524

**Commission d'appel et de révision
des services de santé**

151, rue Bloor ouest, 9^e étage
Toronto ON M5S 2T5

Téléphone: (416) 327-8512
1-866-282-2179

Télécopieur: (416) 327-8524



Le 22 janvier 2007

L'honorable George Smitherman
Ministre de la Santé et des Soins de longue durée
80, rue Grosvenor
Édifice Hepburn, 10^e étage
Toronto (Ontario) M7A 2C4

Monsieur le Ministre,

Objet : Rapport annuel de la Commission d'appel et de révision des services de santé

Au nom de la Commission d'appel et de révision des services de santé, j'ai le plaisir de vous présenter notre rapport annuel pour l'exercice 2005-2006.

La Commission d'appel est déterminée à mener à bien les initiatives décrites dans son rapport et à offrir un service de qualité supérieure au public de l'Ontario. Je suis impatiente de m'entretenir avec vous pour discuter du travail de la Commission d'appel et recevoir vos commentaires.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma haute considération.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'B. Harris'.

La Présidente, Beverly A. Harris
Commission d'appel et de révision des services de santé

c.c. Abby Katz Starr, Registrature de la Commission d'appel et de révision des services de santé

**Health Services Appeal
and Review Board**

151 Bloor Street West, 9th Floor
Toronto ON M5S 2T5

Telephone: (416) 327-8512
1-866-282-2179

Facsimile: (416) 327-8524

**Commission d'appel et de révision
des services de santé**

151, rue Bloor ouest, 9^e étage
Toronto ON M5S 2T5

Téléphone: (416) 327-8512
1-866-282-2179

Télécopieur: (416) 327-8524



Le 8 décembre 2006

M^{me} Beverly A. Harris

Présidente

Commission d'appel et de révision des services de santé

151, rue Bloor Ouest, 9^e étage

Toronto (Ontario)

M5S 2T5

Madame la Présidente,

J'ai le plaisir de vous présenter le rapport financier suivant sur les activités de la Commission d'appel et de révision des services de santé (la « Commission d'appel ») pour l'exercice 2005-2006.

SECRÉTARIAT DES CONSEILS DE SANTÉ

Le Secrétariat des conseils de santé (le « Secrétariat ») offre des services communs de gestion administrative, opérationnelle et financière et de gestion des cas à trois tribunaux d'appel et d'examen quasi judiciaires de la province (la Commission d'appel et de révision des professions de la santé, la Commission d'appel et de révision des services de santé et le Comité de révision pour le Programme ontarien d'aide aux victimes de l'hépatite C). Le Secrétariat apporte également son soutien financier aux représentants nommés des 23 ordres régissant les professions de la santé autoréglémentées et, en partie, à la Commission du consentement et de la capacité et à la Commission ontarienne d'examen.

Les tribunaux sont régis par diverses lois et statuent sur les questions liées aux domaines suivants :

- risques pour l'environnement public et maladies transmissibles;
- sécurité des services médicaux et des autres services de santé et services professionnels;
- droit des professionnels de la santé d'exercer leur profession et privilège des médecins d'exercer à l'hôpital;
- délivrance de permis d'exploitation aux établissements de santé;
- admissibilité aux services de santé assurés et prestation de ces services aux résidents de l'Ontario;
- accès aux établissements et services de soins de longue durée;
- sécurité et intérêt publics liés à la réglementation et à la pratique des professionnels de la santé réglementés.

En résumé, le ministère prend en charge, par l'entremise du Secrétariat, la gestion et l'ordonnancement des cas, l'administration des établissements et l'administration générale, et offre des services financiers à la Commission d'appel.

La Commission d'appel est un tribunal quasi judiciaire créé en vertu de la *Loi de 1998 sur les commissions d'appel et de révision du ministère de la Santé*, sous le nom de Commission d'appel des services de santé. Après l'adoption de la *Loi de 1998 visant à réduire les formalités administratives*, la Commission a été rebaptisée Commission d'appel et de révision des services de santé. La Commission d'appel tient des audiences et mène des examens en vertu de 14 lois; elle peut examiner les décisions du directeur général du Régime d'assurance-santé de l'Ontario visant l'admissibilité, le remboursement des services assurés et la facturation des praticiens. Les autres questions pouvant faire l'objet d'un

appel sont les services de placement communautaire (offerts par les CASC) en ce qui concerne l'admissibilité à un placement dans un établissement de soins de longue durée; la prestation de soins de longue durée au sein de la collectivité; la délivrance de permis d'exploitation aux établissements de santé; la conformité aux programmes obligatoires par les conseils de santé municipaux et les mesures préconisées par les responsables de la santé publique en ce qui a trait aux risques pour la santé communautaire et aux maladies transmissibles.

Données financières

Pour l'exercice 2005-2006, la Commission d'appel a conservé cinq employés travaillant à temps plein et pouvait compter sur une part des services administratifs communs représentant approximativement et respectivement quatre dixièmes du temps de la registraire/chef des opérations; cinq dixièmes, au total, du temps des deux responsables des transactions financières; deux dixièmes du temps de l'agent des systèmes; trois dixièmes du temps de la réceptionniste et secrétaire; et cinq dixièmes du temps du commis aux dossiers. Le total des salaires et traitements du personnel s'est élevé à près de 368 221 \$ pour l'exercice 2005-2006. Les augmentations de salaires comprennent les augmentations au mérite applicables au salaire du personnel et les augmentations ayant résulté des négociations collectives.

Le tableau de la page 10 illustrant les résultats financiers présente les dépenses particulières de la Commission d'appel au titre de l'enveloppe « Autres dépenses directes de fonctionnement » (ADDF) du Secrétariat. En 2005-2006, 596 607 \$ ont été consacrés uniquement aux affaires de la Commission, soit une hausse d'environ 10 % des coûts par rapport à l'exercice précédent, en raison d'une augmentation de plus de 30 % du nombre d'affaires entendues par la Commission d'appel.

Contraintes

Comme vous le savez, le budget de la Commission d'appel est contenu dans le budget global du Secrétariat. En outre, l'exercice du ministère n'est pas aligné sur l'année civile (puisque'il va du 1er avril au 31 mars). Les données financières fournies sont donc assujetties à plusieurs contraintes. Tout particulièrement, l'affectation budgétaire annuelle de la Commission d'appel, qui est comprise dans le plan d'activités du ministère et le budget des dépenses qu'il présente chaque année à l'Assemblée législative, est fixée par des processus internes de la Direction et du ministère en fonction des résultats du dernier exercice et des prévisions budgétaires du Secrétariat pour l'exercice à venir.

En outre, la part des frais de fonctionnement communs du Secrétariat revenant à la Commission, notamment pour les ressources humaines, l'impression, la photocopie et les services financiers, est difficile à isoler dans le budget global du Secrétariat. Ainsi, les données sur le salaire du personnel sont des estimations fondées sur le salaire annuel du personnel affecté directement à la Commission, et sur un pourcentage approximatif du temps consacré par d'autres membres importants du personnel administratif, notamment la registraire et chef des opérations et la registraire adjointe. Les coûts liés aux installations, c'est-à-dire aux bureaux, aux salles d'audience internes et aux services publics, ainsi que les coûts importants d'impression, sont indéterminés. Ces coûts sont toutefois inclus dans le budget global du ministère présenté tous les ans à l'Assemblée législative.

J'espère que ces renseignements vous seront utiles.

Je vous prie d'agréer, Madame la Présidente, l'expression de mes sentiments les meilleurs.



Abby Katz Starr
Chef des opérations
Secrétariat des conseils de santé
Registraire, Commission d'appel et de révision des services de santé

TABLE DES MATIÈRES

A.	Message de la Présidente	1
B.	Compétence de la Commission d'appel	2
	<i>Loi sur l'assurance-santé</i>	2
	<i>Loi de 1994 sur les soins de longue durée</i>	4
	<i>Loi sur la protection et la promotion de la santé</i>	5
	<i>Loi sur les établissements de santé autonomes</i>	5
C.	Réalisations de la Commission d'appel	6
D.	Formation	7
	Cours suivis par les membres de la CARSS	
E.	Membres de la Commission d'appel	8
F.	Résultats financiers pour l'exercice 2005-2006	10
G.	Sommaire statistique couvrant une période de cinq ans	11
H.	Personnel de la Commission d'appel et de révision des services de santé	13
I.	Compte rendu des affaires	14
	Services dispensés hors du pays	14
	Traitements exclus (article 24 du Règlement 552)	21
	Traitements ne figurant pas dans la Liste des prestations	22
	Demandes de règlement présentées en retard	23
	Traitement d'urgence	24
	Appels relatifs à l'admissibilité	24
	Appels de décisions du Comité d'étude de la médecine	26
	Décisions rendues en vertu de la <i>Loi sur les soins de longue durée</i>	27
	Décisions rendues en vertu de la <i>Loi sur la protection et la promotion de la santé</i> ..	27
	Compétence de trancher des affaires plus générales de la Commission d'appel	28
	Instances judiciaires	28

MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE

Le principal mandat de la Commission d'appel et de révision des services de santé consiste toujours à entendre les appels des décisions du directeur général du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (Assurance-santé de l'Ontario) qui refusent des demandes de paiement de traitements médicaux prodigués à l'extérieur du pays. Le nombre de ces appels et la vigueur avec laquelle ils sont plaidés ont continué de s'accroître au cours du présent exercice. Cette situation représente d'énormes défis pour la Commission d'appel. Elle y a fait face d'un certain nombre de façons qui sont décrites dans le présent rapport annuel.

La Commission d'appel est résolue à s'acquitter de ses fonctions de base qui sont :

- communiquer efficacement avec les parties;
- tenir des conférences préparatoires à l'audience et des audiences équitables et efficaces;
- rendre des décisions en temps opportun accompagnées de motifs détaillés et compréhensibles.

La Commission d'appel évalue continuellement ses processus pour déterminer s'ils répondent toujours à ces objectifs. Dans la mesure où les processus laissent à désirer, la Commission d'appel a défini des stratégies pour les améliorer. Bien que la Commission d'appel n'ait pas reçu de financement supplémentaire pour faire face à sa charge de travail accrue, elle s'est évertuée à trouver plusieurs autres façons d'améliorer ses processus, qui nécessitent très peu de ressources supplémentaires.

Néanmoins, il reste encore beaucoup à faire. La Commission d'appel doit consacrer de plus en plus de temps pour entendre les affaires et rendre ses décisions. Elle ne peut surmonter ces problèmes sans ressources supplémentaires sous forme de membres de la Commission et de personnel. Je me suis engagée à travailler de concert avec le ministre afin de trouver des candidats qualifiés pour siéger en tant que membres de la Commission. J'ai bon espoir d'obtenir, au cours de l'exercice, des résultats positifs à communiquer à cet égard.

Malgré les difficultés qui ne cessent de croître, il ne fait nul doute que la Commission d'appel continue à tenir des audiences justes, économiques et expéditives et à rendre des décisions fondées sur des motifs réfléchis et significatifs. Comme toujours, je suis reconnaissante aux membres de la Commission d'appel et au personnel qui appuie la Commission pour leur dévouement envers cette dernière. Sans eux, aucune des améliorations décrites dans le présent rapport annuel n'aurait été possible.



La Présidente,
Beverly Harris
Commission d'appel et de révision des services de santé

COMPÉTENCE DE LA COMMISSION D'APPEL

La Commission d'appel et de révision des services de santé (la « Commission d'appel ») est un tribunal quasi judiciaire indépendant qui a été créé en vertu de la *Loi de 1998 sur les commissions d'appel et de révision du ministère de la Santé* (la « LCARMS »). La Commission d'appel est chargée d'administrer les appels et d'étudier les plaintes déposées en vertu de quatorze lois différentes.

Ces lois sont les suivantes :

Loi sur les ambulances;

Loi sur les établissements de bienfaisance;

Loi sur la protection contre les rayons X;

Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé;

Loi sur les arrêtés extraordinaires relatifs aux établissements de santé;

Loi sur l'assurance-santé;

Loi sur la protection et la promotion de la santé;

Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos;

Loi sur l'immunisation des élèves;

Loi sur les établissements de santé autonomes;

Loi autorisant des laboratoires médicaux et des centres de prélèvement;

Loi de 1994 sur les soins de longue durée;

Loi sur les maisons de soins infirmiers;

Loi sur les hôpitaux privés.

En vertu de l'article 6 de la LCARMS, la Commission d'appel ne peut pas examiner la constitutionnalité d'une loi ou d'un règlement.

Le gros du travail de la Commission d'appel consiste à entendre des appels en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, de la *Loi de 1994 sur les soins de longue durée*, de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* et de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*. Dans la section qui suit, il est brièvement question de la compétence de la Commission d'appel en vertu de ces lois.

Loi sur l'assurance-santé

La majorité des affaires examinées par la Commission d'appel concernent la *Loi sur l'assurance-santé*. En vertu de cette loi, la Commission d'appel entend les appels de décisions du directeur général du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (Assurance-santé de l'Ontario) concernant l'admissibilité au régime et la protection qu'il procure (appels sur l'admissibilité et appels interjetés par des assurés).

La Commission d'appel entend également des appels concernant des directives du Comité d'étude de la médecine à l'égard du remboursement des services assurés par l'Assurance-santé de l'Ontario.

Appels sur l'admissibilité et appels interjetés par des assurés

La plupart des appels entendus devant la Commission d'appel en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé* portent sur la question de déterminer si un traitement dispensé est un service assuré par l'Assurance-santé de l'Ontario. Très souvent, ces appels sont interjetés par des patients qui ne sont pas représentés par un avocat. Ils sont entendus chaque mois pendant une semaine que la Commission d'appel désigne comme étant ses « sessions ordinaires ». Dans la majorité des cas, la Commission d'appel peut entendre ces appels et rendre une décision en peu de temps.

Ces dernières années, la Commission d'appel a examiné un nombre croissant d'appels en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé* qui ne peuvent être entendus pendant les sessions ordinaires. Le plus souvent, ces affaires soulèvent la question de savoir si un traitement prodigué à l'extérieur du pays est un service assuré par l'Assurance-santé en vertu de l'article 28.4 du Règlement 552 (une disposition qui autorise le remboursement intégral du traitement). Les questions soulevées dans ces affaires sont, à de rares exceptions près, plus subtiles et complexes. Souvent, dans ces affaires, les patients sont représentés par un avocat. Le temps nécessaire pour arrêter la date d'audience d'un appel, pour entendre l'appel et pour rendre une décision prolonge la durée de ces instances. Ces appels (qui durent souvent plusieurs jours) sont inéluctablement mis au rôle en dehors des sessions ordinaires de la Commission d'appel.

Appels de décisions du Comité d'étude de la médecine/Comité provisoire de vérification des honoraires de médecins

En septembre 2004, la *Loi sur l'assurance-santé* a été modifiée afin de stipuler que la Commission d'appel n'entendrait plus les appels de décisions du Comité d'étude de la médecine (CEM), qui était responsable de la vérification des honoraires des médecins. Pour le remplacer, la province a créé un comité de la Commission d'appel nommé « Comité provisoire de vérification des honoraires de médecins » (le « Comité provisoire »). Comme son nom l'indique, le comité provisoire a pour mandat de faciliter la transition de l'ancien système d'appel des décisions du CEM concernant la vérification des honoraires des médecins vers un nouveau système de vérification, qui n'a pas encore été défini. Même si, au début, un certain nombre d'appels ont été interjetés auprès du Comité provisoire, bon nombre des affaires ont été réglées ou leur règlement était imminent; par conséquent, le Comité provisoire n'a convoqué aucune audience au cours de l'exercice. Deux médecins et un avocat sont membres du Comité provisoire.

Recours

À l'issue d'une audience, la Commission d'appel peut, par ordonnance, enjoindre au directeur général de prendre les mesures qui, selon elle, s'imposent, conformément à la Loi et aux règlements. Une décision définitive de la Commission d'appel peut être portée devant la Cour divisionnaire, conformément à l'article 24 de la Loi. La Commission d'appel a le pouvoir de réexaminer ses propres décisions. C'est une compétence qu'elle exerce avec prudence en recherchant un équilibre entre le caractère définitif et l'équité.

Loi De 1994 Sur Les Soins De Longue Durée

En plus de sa compétence en matière d'appels en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, la Commission d'appel a également compétence en vertu de la *Loi de 1994 sur les soins de longue durée* pour entendre les appels de décisions des organismes approuvés en vertu de la *Loi de 1994 sur les soins de longue durée* concernant :

- l'admissibilité à un service communautaire;
- l'exclusion d'un service communautaire particulier d'un programme de services;
- le niveau d'un service communautaire dispensé;
- la cessation d'un service.

La Commission d'appel doit fixer « promptement » l'heure et l'emplacement de l'audience qui doit avoir lieu dans les 30 jours, à moins que les parties ne conviennent de la reporter.

Très peu de temps après avoir reçu la demande d'audience, la Commission d'appel organise une conférence préparatoire présidée par l'un de ses membres connaissant bien la *Loi de 1994 sur les soins de longue durée*. Le rôle de ce membre est de cerner, avec le concours des parties, les questions en litige avant que l'affaire ne soit entendue par un comité de la Commission d'appel. Nous trouvons que cette façon de procéder permet d'accéder efficacement et à peu de frais à la Commission d'appel et, dans bien des cas, de régler l'affaire à la satisfaction de toutes les parties.

Toutes les affaires ne sont pas résolues de cette façon, et la Commission d'appel s'efforce de convoquer une audience rapidement et efficacement. Ces appels sont des audiences de novo devant la Commission d'appel. Celle-ci entend les témoignages sur les besoins, l'aptitude et les préférences des patients, conformément à l'article 22 de la *Loi de 1994 sur les soins de longue durée*. Huit affaires ont été instruites au cours de l'exercice passé. Nous avons trouvé que ces affaires entendues en audience au cours du dernier exercice avaient demandé plus de temps, de travail et de ressources à la Commission d'appel et à son personnel que la plupart des audiences tenues en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*.

À l'issue de l'audience, la Commission d'appel a le pouvoir, en vertu de la *Loi de 1994 sur les soins de longue durée*, de confirmer la décision de l'organisme approuvé, de rescinder la décision de l'organisme approuvé et de la lui renvoyer ou de rescinder la décision de l'organisme approuvé et de lui substituer ses conclusions. La décision de la Commission d'appel est définitive et il ne peut en être appelé devant la Cour divisionnaire. La Commission d'appel a cependant le pouvoir de réexaminer ses propres décisions. Là encore, il s'agit d'une compétence que nous exerçons avec prudence et dans le souci de rendre des décisions définitives et équitables.

Loi sur la protection et la promotion de la santé

Conformément au paragraphe 44 (5) de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, la Commission d'appel doit tenir une audience dans les 15 jours qui suivent la date où un avis écrit enjoignant la tenue d'une audience lui est signifié. Les ordres des médecins-hygiénistes ou des inspecteurs de la santé relatifs aux mesures à prendre en cas de risque pour la santé (article 13) ou de maladie transmissible (articles 22 et 37) peuvent être portés en appel devant la Commission d'appel. La Commission d'appel est habilitée, en vertu du paragraphe 44 (4), de confirmer, de modifier ou de rescinder l'ordre donné par le médecin-hygiéniste ou l'inspecteur de la santé. Elle peut également substituer ses conclusions à celles du médecin-hygiéniste ou de l'inspecteur de la santé qui a donné l'ordre.

Comme pour les appels interjetés en vertu de la *Loi de 1994 sur les soins de longue durée*, la Commission d'appel a coutume de convoquer une conférence préparatoire qui se déroule en présence d'un Vice-président chevronné de la Commission d'appel. S'il y a lieu, le Vice-président travaille avec les parties pour cerner les questions en litige et déterminer tout problème procédural avant que l'affaire ne soit entendue par un comité de la Commission d'appel. En ce qui concerne les appels portant sur la protection de la santé, les affaires qui sont instruites tendent à être plus complexes et plus longues que celles des appels types en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*. On peut interjeter appel des décisions définitives de la Commission d'appel devant la Cour divisionnaire. La Commission d'appel a le même pouvoir de réexaminer ses décisions définitives qu'en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*.

Loi sur les établissements de santé autonomes

Il est possible de contester devant la Commission d'appel les décisions du directeur des établissements de santé autonomes (le « directeur ») concernant le refus de délivrer un permis ou de modifier les restrictions auxquelles est assujéti un permis délivré en vertu de cette loi. La Commission d'appel peut confirmer le refus du directeur de délivrer le permis ou, au contraire, lui enjoindre de délivrer le permis. En cas de refus de modifier les restrictions auxquelles un permis est assujéti, la Commission d'appel peut confirmer le refus, ordonner au directeur d'apporter la totalité ou une partie des modifications demandées par la personne ou ordonner au directeur d'apporter la totalité ou une partie des modifications demandées par la personne si celle-ci satisfait aux conditions précisées par la Commission.

En vertu de l'article 18, le directeur peut révoquer, suspendre ou refuser de renouveler un permis dans certaines circonstances. Cette décision peut également faire l'objet d'un appel devant la Commission d'appel.

On ne peut en appeler des décisions de la Commission d'appel devant la Cour divisionnaire que sur des questions de droit. En vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*, la Commission d'appel a compétence pour réexaminer ses décisions définitives.

RÉALISATIONS DE LA COMMISSION D'APPEL

La Commission d'appel continue d'améliorer le rendement de ses principaux secteurs d'activités.

Communication avec les parties

Nous avons amélioré la Foire aux questions qui est publiée dans une brochure et sur le site Web de la Commission d'appel afin d'aider les appelants. Nous avons clarifié et prolongé le délai accordé aux parties pour préparer la documentation à l'appui d'un appel.

Le présent rapport annuel en soi représente un pas en avant dans nos efforts pour améliorer les communications avec les parties. Un certain nombre de décisions diverses sont résumées plus loin dans le présent rapport. On espère que ces résumés pourront donner quelques éclaircissements sur les affaires et le processus de prises de décisions de la Commission d'appel.

Conférences préparatoires efficaces et économiques

La Commission d'appel a instauré des conférences préparatoires à l'audience pour gérer les appels plus complexes. Les conférences préparatoires sont convoquées par d'anciens membres de la Commission d'appel qui connaissent bien la loi et les processus de la Commission. Le but des conférences préparatoires est de cerner les litiges en vue de l'audience et de travailler avec les parties pour assurer la publication la plus rapide de décisions équitables.

Audiences équitables, accélérées et économiques

Comme nous l'avons déjà mentionné, l'instauration des conférences préparatoires a permis d'accélérer les audiences. En outre, la Commission d'appel continue d'investir dans le perfectionnement professionnel continu de ses membres. Le but de cet investissement est de parfaire les compétences des membres qui tiennent des audiences et rédigent les décisions. La Commission d'appel a également implanté une culture de mentorat des pairs dans le cadre de laquelle un plus grand nombre de membres plus anciens de la Commission travaillent avec des membres moins anciens pour leur montrer en quoi consiste le travail d'un arbitre de la Commission d'appel.

Décisions rendues dans un délai raisonnable et clairement motivées

Les membres de la Commission d'appel sont déterminés à atteindre l'objectif très important qui est de publier des décisions comprenant une explication judicieuse de la décision du comité. Les membres de la Commission d'appel sont conscients du fait que de nombreuses parties comparaissant devant la Commission ne sont pas représentées par un avocat et qu'il est important que ces parties comprennent les décisions.

Nous sommes fiers de tout ce que nous avons accompli avec les ressources dont nous disposons.

Formation

La formation demeure une grande priorité de la Commission d'appel. Cette dernière s'efforce de veiller à ce que tous les nouveaux membres suivent un cours de formation complet parrainé par la Society of Ontario Adjudicators (« SOAR »). En outre, la Commission d'appel encourage ses membres à participer à la Conference of Ontario Boards and Agencies (« COBA ») qui se tient annuellement et à suivre les autres programmes offerts.

En 2005-2006, nous avons consacré une partie de chacune de nos réunions à la formation juridique. Les sujets suivants y ont été traités :

1. lorsqu'un comité est saisi d'une affaire;
2. application de la *Loi sur la preuve* aux instances de la Commission d'appel;
3. interprétation d'une loi accordant un avantage;
4. les membres de la Commission qui se fondent sur leurs propres compétences pour statuer sur un appel;
5. demandes d'accès à l'information;
6. décision de la Cour suprême – *Chaoulli c. Québec* (Procureur général);
7. conduite d'un arbitre;
8. questions de protection de la vie privée concernant les décisions de la Commission d'appel;
9. rapport de la réunion avec le commissaire à l'information et à la protection de la vie privée;
10. application de la LAIPVP aux affaires de la Commission d'appel;
11. accès restreint;
12. décision du Tribunal des droits de la personne de l'Ontario;
13. *Stein c. Québec* – Motifs du jugement sur motion de la révision judiciaire de la Cour supérieure du Québec (Chambre civile);
14. renseignements de base sur la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*;
15. appels retirés à l'issue d'une audience;
16. production de documents;
17. l'importance de motifs clairs et convaincants – *Megens c. la Commission des courses de l'Ontario* – Décision de la Cour divisionnaire.

Les membres de la Commission d'appel ont également suivi des cours et participé à d'autres activités de perfectionnement professionnel offerts par différents organismes.

Cour de formation des arbitres de la SOAR, du 26 au 30 septembre 2005

Conférence COBA, le 3 novembre 2005

COBA et dîner des médailles de la SOAR, le 3 novembre 2005

SOAR – Décisions efficaces, le 9 décembre 2005

Institut canadien d'administration de la justice

Médiation, règlements des litiges et critères de révision dans le cadre des organismes administratifs, le 17 juin 2005

Technologie, vie privée et justice, les 29 et 30 septembre 2005

Divers

Perfectionnement professionnel d'Osgoode – *Chaoulli and the Restructuring of Health Care in Canada*, le 26 octobre 2005

MEMBRES DE LA COMMISSION D'APPEL

Voici la liste des membres de la Commission d'appel telle qu'elle était en mars 2006.

Marla Burstyn a été nommée à la Commission d'appel en novembre 2004. À titre d'avocate, elle a représenté la défense dans des affaires d'assurance. Elle a été nommée Vice-présidente de la Commission d'appel par la Présidente.

May Cohen est professeure émérite de la faculté de médecine familiale de l'Université McMaster. Elle est devenue membre de la Commission d'appel en avril 2003.

Elizabeth Elstner est avocate. Elle a été reconduite à la Commission d'appel pour un deuxième mandat de trois ans en novembre 2004. Elle a été membre de la Commission de révision de l'évaluation foncière et du comité de déontologie de l'Hôpital Grand River.

Soraya Farha siège à la Commission d'appel depuis mars 2004. Elle a été nommée Vice-présidente de la Commission d'appel par la Présidente. Elle a acquis de l'expérience en comparaisant à titre d'avocate devant de nombreux tribunaux administratifs.

Richard Hasselback est un oncologue médical qui est aujourd'hui au service des consultations externes du centre de traitement du cancer de l'Hôpital Women's College. Il a été nommé à la Commission d'appel en juin 2004.

Beverly Harris est Présidente de la Commission d'appel depuis février 1999. Elle est membre du Circle of Chairs, du Conseil des tribunaux administratifs canadiens et de l'Institut canadien d'administration de la justice, et est Présidente du conseil des gouverneurs de l'Université Wilfrid Laurier.

Judith Hinchman siège à la Commission d'appel depuis juin 1999 et a été nommée Vice-présidente par le lieutenant-gouverneur en conseil. M^{me} Hinchman est un chef de file du secteur sans but lucratif et siège aux conseils de la Regent Park School of Music, de l'Iron Road Opera, de Tapestry New Opera Works et de l'Integra Foundation.

Michele Lawford est membre de la Commission d'appel depuis février 2000. Elle a été nommée Vice-présidente par la Présidente de la Commission d'appel. Elle a exercé dans le domaine du droit administratif et du droit de la santé.

Lillie Lai Quon Lum est professeure en sciences infirmières et en politiques et gestion de la santé à l'Université York. Elle siège à la Commission depuis février 1999 et a dernièrement été reconduite à la Commission d'appel. Elle est également membre de la Commission ontarienne d'examen.

Christine Moss est experte-conseil en gestion spécialisée dans les politiques en matière de santé. M^{me} Moss a été nommée Vice-présidente par la Présidente de

la Commission d'appel.

Elizabeth Mullan est ergothérapeute rattachée à l'Université de Toronto et est également Présidente d'une société d'experts-conseils en gestion du rendement. Elle est membre de la Commission d'appel depuis avril 2003.

Elaine Shin, anciennement physiothérapeute, est une avocate ayant plaidé devant divers tribunaux de réglementation des professions de la santé. M^{me} Shin a été nommée Vice-présidente de la Commission d'appel par le lieutenant-gouverneur en conseil.

Jay Okun Yedwab a été nommé à la Commission d'appel en juillet 2004. Il a été directeur d'hôpitaux aux États-Unis et au Canada et a siégé pendant huit ans à la Commission du consentement et de la capacité.

Les membres ci-dessous ont été nommés pour siéger jusqu'en décembre 2006 au Comité provisoire de vérification des honoraires de médecins de la Commission d'appel et de révision des services de santé. Aux termes de la *Loi sur l'assurance-santé*, ces membres ne peuvent entendre que les appels devant la Commission d'appel qui ont été expressément attribués au comité en vertu de la Loi.

Leslie Dizgun est une avocate exerçant à Toronto.

Paul Freedman est un médecin exerçant à Toronto.

Norbert Kerenyi est un médecin exerçant à Toronto.

Nelly Wing-Kwong Ng est un médecin exerçant à Toronto.

RÉSULTATS FINANCIERS POUR L'EXERCICE 2005–2006

Résultats financiers pour l'exercice 2005–2006					
DESCRIPTION	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
INDEMNITÉS JOURNALIÈRES ¹ * Tous les chiffres sont en dollars.					
Participation aux audiences	70 400	97 150	81 950	144 100	93 175
Préparation des audiences	26 125	38 100	33 825	39 786	38 588
Rédaction de décisions	48 325	42 425	68 525	75 438	104 800
Séances de travail de la Commission		11 575	12 975	17 650	17 808
Administration de la Commission	18 575	25 888	26 499	25 500	51 175
Déplacements ²	32 136	54 641	36 155	27 391	22 381
Formation	10 266	7 185	9 158	7 540	9 227
CHARGES LIÉES AUX AUDIENCES					
Services de sténographie judiciaire	21 446	26 767	30 900	16 428	37 299
AUTRES CHARGES					
Services juridiques indépendants	117 224	153 575	109 838	130 42	154 075 ⁶
Consultation ³	17 873	23 661	7 793	0	0
Divers ⁴	19 313	25 184	29 047	28 017	29 291
Administration ⁵			29 848	32 448	22 385
Total	381 683	506 151	476 523	545 140	580 204

¹Membre ordinaire = 200 \$; Vice-présidente = 250 \$; Présidente = 350 \$. (L'augmentation du nombre d'audiences de 2005 à 2006 et la complexité des affaires a fait augmenter le temps consacré à la rédaction de décisions.)

²Les membres sont choisis dans toute la province.

³Examen organisationnel et technologique, et élaboration et hébergement du site Web.

⁴Services linguistiques, interprétation gestuelle, dispositifs techniques pour malentendants, traduction, impression, photocopies, location-bail d'ordinateurs et frais d'accès.

⁵Envois postaux, services téléphoniques, téléconférences et fournitures de bureau.

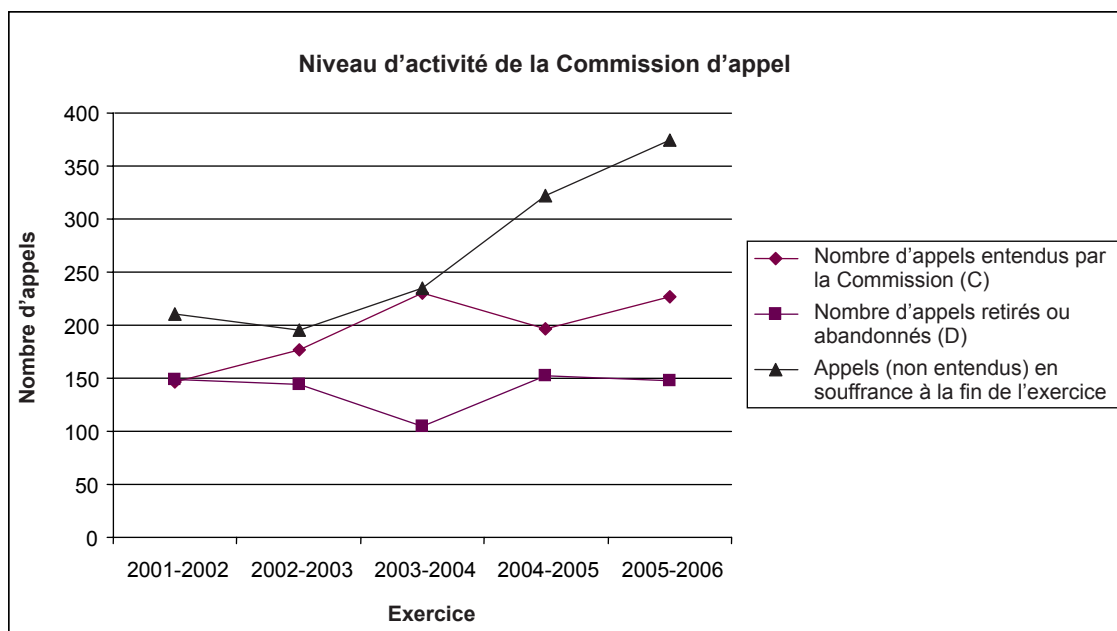
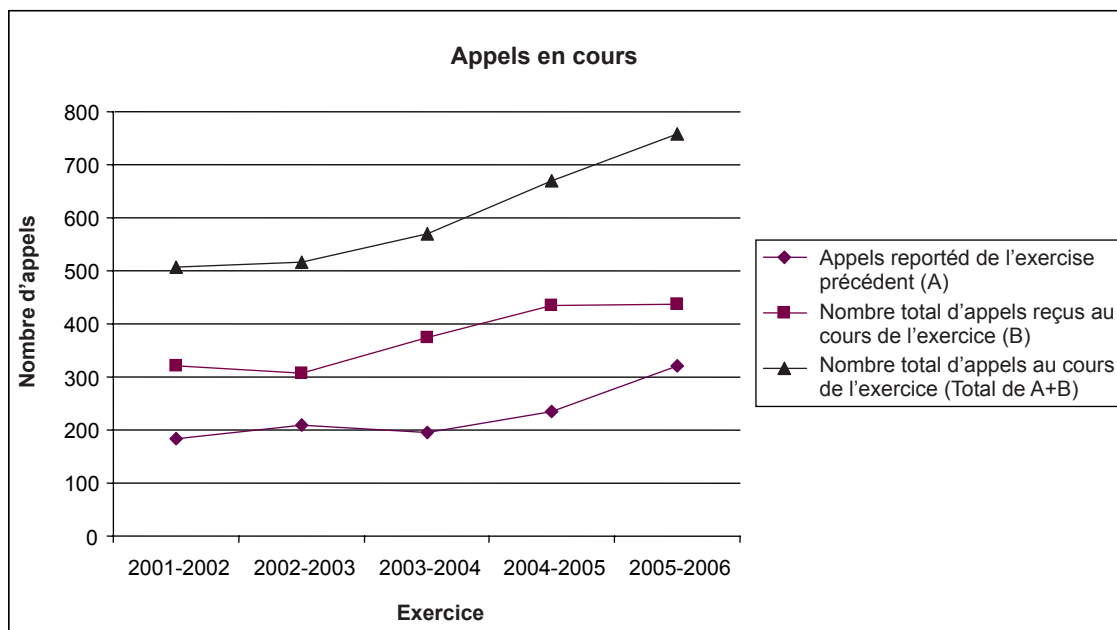
⁶Autres services juridiques retenus pour traiter des affaires imprévues, y compris le travail effectué dans le cadre des appels devant la cour et des requêtes en révision judiciaire.

SOMMAIRE STATISTIQUE

Le niveau d'activité de la Commission d'appel augmente. La complexité des affaires a donné lieu à un nombre croissant d'appels reportés de l'exercice précédent. De nouvelles initiatives, tout particulièrement la formation des membres, permettent de mieux gérer la demande et la complexité accrues des affaires entendues au cours des audiences.

Sommaire statistique de la CARSS de 2001-2002 à 2005-2006

	Poste	Du 1er avril 2001 au 31 mars 2002	Du 1er avril 2002 au 3 1 mars 2003	Du 1er avril 2003 au 31 mars 2004	Du 1er avril 2004 au 31 mars 2005	Du 1er avril 2005 au 31 mars 2006
A	Appels reportés de l'exercice précédent	184	210	195	235	322
B	Nombre total d'appels reçus au cours de l'exercice	322	306	375	435	437
C	Nombre total d'appels en cours (Total de A+B)	506	516	570	670	759
D	Nombre d'appels entendus	147	177	230	196	227
E	Nombre d'appels retirés ou abandonnés	149	144	105	152	148
	Appels (non entendus) en souffrance à la fin de la période visée (Total de C-D-E)	210	195	235	322	384



PERSONNEL DE LA COMMISSION D'APPEL ET DE RÉVISION DES SERVICES DE SANTÉ

Abby Katz Starr ¹	Registrateure/chef des opérations
Rafia Sheikh ²	Registrateure adjointe
Natalya Demyanenko	Coordonnatrice de la gestion de cas
Angela Cornacchia	Adjointe administrative
Patricia Godden	Agente préposée aux cas
Rohini Kumara	Agente préposée aux cas
Christine Nieckarz ¹	Coordonnatrice des opérations
Gabriel Fahel ¹	Coordonnateur des finances
Denise Higgins ¹	Secrétaire de la Présidente et de la Registrateure
Therese McGuirk ¹	Réceptionniste
Tess Lipana ¹	Commis aux dossiers (jusqu'au 1er octobre 2005)
Lihua Jiang ¹	Commis aux dossiers (du 3 octobre 2005 à aujourd'hui)
Mathanan Kailas ³	Agent principal des systèmes

¹ Offre ses services à trois autres tribunaux

² Offre aussi ses services au Comité de révision pour le Programme ontarien d'aide aux victimes de l'hépatite C.

³ Offre ses services à quatre autres tribunaux

COMPTE RENDU SUR LES AFFAIRES

On trouvera ci-dessous des résumés de décisions représentatives de la Commission d'appel et de révision des services de santé afin de sensibiliser et d'informer davantage le public sur le travail de la Commission. Les affaires n'ont pas été choisies en raison de leur importance sur le plan juridique, mais plutôt parce qu'elles offrent des exemples représentatifs des affaires portées à l'attention de la Commission d'appel et des décisions qui sont rendues.

Par nécessité, elles ont été résumées brièvement. Pour une explication plus complète des motifs de la Commission d'appel, le lecteur est invité à demander à la Commission d'appel de lui fournir une copie du texte intégral de la décision.

Services dispensés hors du pays

Dans la majorité des appels qui lui sont présentés, la Commission d'appel doit décider si les services dispensés hors du pays sont des services assurés par l'Assurance-santé de l'Ontario conformément à l'article 28.4 du Règlement 552 pris en application de la *Loi sur l'assurance-santé*. En bref, un service dispensé hors du pays est un service assuré par l'Assurance-santé de l'Ontario en vertu de la Loi s'il remplit les conditions suivantes :

1. le traitement est généralement considéré comme étant approprié pour une personne ayant des troubles de santé similaires à ceux de l'appelant;
2. le traitement n'est pas offert en Ontario;
3. le délai nécessaire pour obtenir le même traitement en Ontario entraînerait le décès ou de graves lésions des tissus.

AA c. l'Assurance-santé de l'Ontario (dossier n° 04-HIA-0040) – février 2005

L'appelante dans cette affaire était une fillette de sept ans qui avait reçu un diagnostic de neuroblastome métastatique à la phase IV, une forme rare de cancer. AA avait reçu de nombreuses formes de traitement au Hospital for Sick Children de Toronto qui n'avaient pas donné les résultats escomptés. Sur la recommandation de différents oncologistes, AA a eu un traitement à forte dose de MIBG marquée à l'iode avec réinjection des cellules souches autologues au Children's Hospital de Philadelphie, traitement qui a donné d'excellents résultats.

La Commission d'appel a admis que le traitement à l'I-MIBG n'en était qu'à la phase II des essais cliniques. Compte tenu de son statut de médicament orphelin, la Commission d'appel a toutefois conclu que le fait que le traitement soit en phase II ne signifiait pas pour autant qu'il était donné à titre expérimental. La Commission d'appel a conclu par ailleurs que le traitement était généralement considéré comme étant approprié pour une personne ayant des problèmes de santé semblables à ceux de l'appelante et qu'aucun traitement identique ou équivalent n'était offert en Ontario.

L'Assurance-santé de l'Ontario a demandé une révision de la décision de la Commission d'appel, contestant la conclusion selon laquelle le traitement à l'I-MIBG n'est pas expérimental. Le comité de la Commission d'appel saisi de la révision a refusé la requête en juin 2005.

JM c. l'Assurance-santé de l'Ontario (dossier n° 02-HIA-0206) – juin 2005

Par suite d'un diagnostic de cancer de la prostate, JM a reçu une curiethérapie à haut débit de dose à l'hôpital William Beaumont du Michigan. Une preuve non contredite a été présentée au comité à l'effet que le traitement que JM a reçu au Michigan faisait partie d'un essai clinique en phase II. Par conséquent, la Commission d'appel a conclu que la curiethérapie à haut débit de dose est généralement considérée en Ontario comme un traitement expérimental et ne constitue donc pas un service assuré.

La Commission d'appel a toutefois déterminé que JM avait droit au remboursement des frais de l'évaluation de son admissibilité à l'étude clinique de curiethérapie à haut débit de dose, conformément à la disposition 24 (1) 16 du Règlement 552.

JA c. l'Assurance-santé de l'Ontario (dossier n° 04-HIA-0290) – novembre 2005

JA souffrait de problèmes médicaux multiples importants pour lesquels elle n'avait jamais obtenu de diagnostic ferme. Elle a demandé l'approbation en vue d'une consultation multidisciplinaire à la clinique Mayo de Rochester. La Commission d'appel a conclu que des services de consultation et d'évaluation multidisciplinaires étaient offerts en Ontario et qu'aucune preuve n'avait été présentée pour indiquer qu'il y avait une période d'attente pour ce traitement. En fait, la Commission d'appel a conclu que rien n'indiquait que JA avait envisagé d'obtenir le traitement proposé en Ontario.

RB c. l'Assurance-santé de l'Ontario (dossier n° 04-HIA-0286) – juin 2005

RB souffrait de douleurs névropathiques chroniques pour lesquelles il avait consulté environ 13 médecins en Ontario sans jamais obtenir de diagnostic ferme ou de recommandation de traitement efficace. RB demandait l'approbation en vue d'une évaluation diagnostique à la clinique Mayo de Rochester.

La Commission d'appel a conclu qu'une évaluation visant à déterminer la cause des douleurs était généralement considérée en Ontario comme un traitement approprié pour une personne ayant des problèmes de santé semblables à ceux de RB. En outre, la Commission d'appel a jugé que l'évaluation effectuée à l'extérieur du pays n'était pas offerte en Ontario par des moyens identiques et équivalents.

RS c. l'Assurance-santé de l'Ontario (dossier n° 05-HIA-0148) – septembre 2005

RS souffrait d'une affection rare et potentiellement mortelle, appelée la maladie de Fabry. Pendant près de quatre ans, RS a participé à un essai clinique en phase IV en Ontario portant sur un nouveau médicament appelé Fabrazyme, une forme d'enzymothérapie substitutive. Bien que la vente de Fabrazyme ait été approuvée par Santé Canada en 2004, ce médicament ne figure pas dans le Formulaire de médicaments de l'Ontario en raison d'incertitudes cliniques concernant son efficacité à long terme. Par conséquent, un patient en Ontario doit se procurer ce médicament à ses propres frais. L'appelant ne dispose pas des fonds nécessaires pour assumer les frais annuels de 300 000 \$ pour le médicament. Quelques mois avant la fin de l'essai clinique, l'appelant a demandé à l'Assurance-santé de l'Ontario de financer un traitement d'enzymothérapie substitutive qui lui serait administré toutes les deux semaines à Buffalo en clinique externe.

La Commission d'appel a conclu que le traitement d'enzymothérapie substitutive employant Fabrazyme est généralement reconnu en Ontario comme étant expérimental et qu'il ne constitue

donc pas un service assuré. Subsidiairement, la Commission d'appel a conclu que rien ne prouvait que le besoin pour RS de recevoir des soins hors du pays s'appuyait sur l'un des motifs pour lesquels le paragraphe 28.4 (2) vise à fournir une protection (à savoir, la non-disponibilité d'un traitement généralement reconnu qui pourrait être un service assuré en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*) ou des retards importants dans l'accès à ce traitement en Ontario. La Commission d'appel a plutôt conclu que la requête de RS relative au traitement administré à Buffalo résultait du coût élevé qu'il devrait assumer pour se procurer le Fabrazyme en Ontario. La Commission d'appel a déterminé qu'aucun motif raisonnable ne permettait de conclure que l'administration par perfusion d'un médicament sur ordonnance à un patient externe à l'extérieur du Canada est un service assuré lorsque ce type d'intervention ne l'est pas lorsqu'il est pratiqué en Ontario.

LJ c. l'Assurance-santé de l'Ontario (dossier n° 05-HIA-0223) – août 2005

L'appelante, LJ, avait déjà reçu un diagnostic de cancer du sein et subi une mastectomie des deux seins ainsi que six cycles de chimiothérapie intensive. Trois mois avant cet appel, un oncologue avait découvert un nouveau nodule dans le cou de LJ. Le chirurgien de l'appelante lui avait recommandé de passer une tomographie par émission de positrons (« TEP ») à l'Université de Buffalo. Les résultats de la TEP pouvaient rendre inutile l'ablation du nodule par une intervention chirurgicale qui présentait des risques de paralysie en raison de l'emplacement du nodule.

Se fondant sur la preuve qui lui a été présentée, la Commission d'appel a conclu que la TEP était généralement reconnue en Ontario comme un traitement approprié pour une personne ayant des problèmes de santé semblables à ceux de LJ. La Commission d'appel a conclu par ailleurs que la TEP n'est pas effectuée en Ontario selon des procédures identiques ou équivalentes.

SWS c. l'Assurance-santé de l'Ontario (dossier n° 04-HIA-0334) – octobre 2005

L'appelant a obtenu un diagnostic de cancer de la vessie et subi de nombreuses formes de traitement infructueux en Ontario. SWS s'est rendu aux Pays-Bas pour recevoir un traitement administré sous forme de chimiothérapie en association avec l'hyperthermie (la « thermochimiothérapie »).

La Commission d'appel a conclu que la thermochimiothérapie n'est pas un traitement expérimental. La Commission d'appel a rejeté l'argument de l'intimé selon lequel la non-disponibilité de la thermochimiothérapie en Amérique du Nord et le fait qu'elle ne figure pas sur la liste des traitements du cancer de la vessie du National Cancer Institute signifient qu'il ne s'agit pas d'un traitement généralement reconnu comme étant approprié pour SWS. En somme, la Commission d'appel a conclu que la thermochimiothérapie est généralement reconnue comme étant un traitement approprié pour une personne ayant des problèmes de santé semblables à ceux de l'appelant et qu'un traitement identique et équivalent n'est pas offert en Ontario.

MW c. l'Assurance-santé de l'Ontario (dossier n° 04-HIA-0037) – mai 2005

MW était atteinte d'un cancer de l'ovaire de stade 3C aggravé par une occlusion intestinale imminente. La Commission d'appel a conclu que la période d'attente en Ontario pour l'intervention chirurgicale en cas de cancer de l'ovaire pratiquée à New York se situait entre six et huit semaines.

La Commission d'appel était convaincue que l'intervention pratiquée à l'étranger était généralement

reconnue comme étant appropriée dans les circonstances et qu'elle était offerte en Ontario. La question primaire à trancher par la Commission d'appel dans l'affaire consistait à déterminer si la période d'attente entraînerait le décès ou de graves lésions irréversibles des tissus.

La Commission d'appel a conclu que MW devait se rendre à l'étranger pour subir l'intervention afin d'éviter le délai imposé en Ontario qui entraînerait le décès ou de graves lésions irréversibles des tissus.

BS c. l'Assurance-santé de l'Ontario (dossier n° 04-HIA-0227) – juillet 2005

Dans cet appel, l'appelant souffrait d'obésité morbide et demandait que soit approuvé un pontage gastrique pratiqué à l'hôpital Highland de Rochester. Les deux parties ont convenu qu'on pouvait subir un pontage gastrique en Ontario et qu'il était généralement reconnu comme étant approprié pour une personne ayant des problèmes de santé semblables à ceux de l'appelant.

La période d'attente en Ontario pour les pontages gastriques est d'environ quatre ans et la Commission d'appel devait déterminer si le délai pour obtenir le traitement pouvait entraîner le décès ou de graves lésions irréversibles des tissus. Des éléments de preuve présentés devant le comité indiquaient que le fait de ne pas traiter l'appelant rapidement comportait au moins un risque de complications graves, comme une cardiopathie, le diabète ou l'arthrose. Cependant, la Commission d'appel a conclu que la preuve n'était pas suffisante pour satisfaire aux critères prévus au sous-aliéna 28.4 (2) b) (ii). La preuve n'indiquait pas que le retard entraînerait le décès ou de graves lésions irréversibles des tissus. La Commission d'appel a par conséquent conclu que le traitement dispensé à l'étranger qui était demandé ne constitue pas un service assuré au sens de la Loi.

WU c. l'Assurance-santé de l'Ontario (dossier n° 04-HIA-0240) – janvier 2006

L'appelant souffrait de douleurs dorsales et avait subi deux interventions chirurgicales en Ontario qui n'avaient pas réussi à soulager sa douleur. L'appelant était contrarié par la douleur et le fait que le chirurgien ontarien qui avait pratiqué l'intervention était d'avis qu'une autre intervention n'était ni nécessaire ni conseillée. Ce chirurgien avait plutôt recommandé d'obtenir un traitement contre la douleur auprès d'un spécialiste en gestion de la douleur. C'est pourquoi l'appelant s'est rendu en Hongrie pour y subir une intervention chirurgicale au dos.

La Commission d'appel a conclu que cette intervention chirurgicale est généralement appropriée pour une personne ayant des problèmes de santé semblables à ceux de l'appelant et qu'elle est pratiquée en Ontario. D'après les éléments de preuve portés à la connaissance du comité, la Commission d'appel a conclu que le retard ou le refus de pratiquer l'intervention n'entraînerait pas le décès ou de graves lésions irréversibles des tissus.

SY c. l'Assurance-santé de l'Ontario (dossier n° 05-HIA-0232) – avril 2006

L'appelant souffrait de douleurs extrêmes dans la région lombaire et avait subi l'insertion d'une prothèse à double disque SB Charité en Allemagne. La Commission d'appel a adopté une définition du terme « expérimental » qui est utilisée dans d'autres affaires qu'elle examine. Elle a conclu que, même si la prothèse en question avait été approuvée par Santé Canada, ce fait ne suffisait pas à lui seul à déterminer si la prothèse n'était plus considérée comme étant expérimentale. La Commission d'appel a examiné la preuve concernant la prothèse et a conclu qu'elle était toujours considérée comme étant expérimentale dans le contexte d'un remplacement de disque double.

FH c. l'Assurance-santé de l'Ontario (dossier n° 05-HIA-0086) – janvier 2006

FH a demandé le remboursement du coût d'une néphrectomie par laparoscopie, un traitement contre le cancer des reins qu'il avait subi à New York. L'appelant devait subir une néphrectomie radicale en Ontario trois semaines et demie après la date de l'intervention pratiquée à New York. La Commission d'appel était convaincue que la néphrectomie radicale et la néphrectomie par laparoscopie étaient pratiquées en Ontario.

La Commission d'appel a conclu que la preuve présentée par un chirurgien ontarien selon laquelle le délai d'environ trois semaines avant que soit pratiquée l'intervention n'entraînerait pas le décès ou de graves lésions irréversibles des tissus était crédible et digne de foi. La Commission d'appel a conclu que le traitement ne constituait pas un service assuré.

SW c. l'Assurance-santé de l'Ontario (dossier n° 04-HIA-0092) – mai 2005

L'appelant était atteint d'un cancer de la prostate et avait subi une prostatectomie par laparoscopie pratiquée à la Cleveland Clinic.

La Commission d'appel a conclu que la prostatectomie par laparoscopie était un traitement approprié pour l'appelant étant donné son état de santé, que ce traitement était pratiqué en Ontario selon une procédure identique au moment où le traitement avait été prodigué à Cleveland, et que rien ne prouvait la nécessité pour l'appelant de se rendre à l'étranger pour éviter un délai qui entraînerait le décès ou de graves lésions irréversibles des tissus.

SCD c. l'Assurance-santé de l'Ontario (dossier n° 05-HIA-0144) – mars 2006

L'appelant, SCD, a été hospitalisé à Windsor où on lui a diagnostiqué un infarctus du myocarde. SCD a été informé qu'on lui ferait un angiogramme dans cinq jours. SCD a quitté l'hôpital de son propre chef et passé un cathétérisme cardiaque, une coronarographie, une ventriculographie et une angioplastie à l'hôpital Oakwood du Michigan. D'après les preuves fournies, la Commission d'appel n'était pas convaincue que SCD devait se rendre à l'extérieur du Canada pour éviter un délai qui entraînerait son décès ou de graves lésions irréversibles des tissus.

WP c. l'Assurance-santé de l'Ontario (dossier n° 04-HIA-0297) – septembre 2005

L'appelant, WP, était atteint de la maladie de Parkinson et avait subi une stimulation cérébrale profonde pratiquée à l'hôpital William Beaumont du Michigan. La Commission d'appel a conclu que la stimulation cérébrale profonde est généralement reconnue comme étant un traitement approprié et que ce traitement est pratiqué en Ontario. La Commission d'appel était convaincue par ailleurs que WP aurait dû attendre 17 mois pour subir l'intervention en Ontario.

Des preuves ont été présentées au comité selon lesquelles au moment de l'intervention au Michigan, WP souffrait de dyskinésie (mouvements involontaires et rigidité) et d'akathésie qui est associée à un taux élevé de suicide. La Commission d'appel a conclu que le délai de 17 mois entraînerait le décès ou de graves lésions irréversibles des tissus.

DL c. l'Assurance-santé de l'Ontario (dossier n° 05-HIA-0228) – février 2006

L'appelante, DL, a subi un grand nombre d'analyses de sang et d'infusions intraveineuses au Fibromyalgia & Fatigue Center de l'Ohio. DL cherchait à récupérer les frais du traitement, bien qu'elle n'ait pu présenter aucune preuve particulière concernant le traitement qu'elle avait reçu.

au Fibromyalgia Center. La Commission d'appel a conclu qu'elle ne détenait pas suffisamment de preuves fiables pour conclure que le traitement en question est généralement reconnu en Ontario comme étant approprié pour une personne ayant des problèmes de santé similaires.

AF c. l'Assurance-santé de l'Ontario (dossier n° 04-HIA-0243) – février 2006

AF a été diagnostiqué pour insuffisance rénale, a subi de la dialyse et a été inscrit sur une liste d'attente pour des greffes de rein en Ontario. Après quatre ans et demi d'attente, AF a trouvé un donneur vivant au Sri Lanka et ils se sont tous deux rendus en Inde pour qu'il se fasse greffer son rein. La Commission d'appel a accepté l'argument de l'appelant selon lequel le donneur était un ami proche de la famille et qu'il n'y avait eu aucun échange d'argent entre le donneur et l'appelant.

La question à trancher par la Commission d'appel consistait à déterminer si le fait qu'un patient ontarien aille à l'étranger pour y subir une greffe de rein était une pratique généralement reconnue. La Commission d'appel a conclu qu'en Ontario, on ne considère généralement pas comme étant approprié pour une personne ayant des problèmes de santé semblables à ceux de l'appelant de se rendre à l'étranger pour une greffe d'organe. La Commission d'appel a par conséquent statué que le traitement que l'appelant avait reçu en Inde ne répondait pas aux critères concernant les services assurés.

HT c. l'Assurance-santé de l'Ontario (dossier n° 05-HIA-0033) – janvier 2006

L'appel interjeté auprès de la Commission d'appel portait sur le refus du directeur général de rembourser le coût d'une radiochirurgie stéréotaxique au couteau gamma pour traiter un neurinome de l'acoustique. La Commission d'appel a conclu que la radiothérapie au couteau gamma est généralement considérée comme étant appropriée pour une personne ayant des problèmes de santé semblables à ceux de HT et que ce traitement était pratiqué en Ontario. En fait, un médecin de l'Ontario était prêt à pratiquer la chirurgie sur HT seulement un mois après que l'appelant a reçu le traitement à la Cleveland Clinic. La Commission d'appel a conclu que la période pendant laquelle HT devait attendre pour obtenir un traitement approprié pour son problème en Ontario n'était pas longue. Dans la mesure où un délai existe, la Commission d'appel n'était pas convaincue que ce délai aurait entraîné le décès ou de graves lésions irréversibles des tissus.

BC c. l'Assurance-santé de l'Ontario (dossier n° 02-HIA-0221) – novembre 2005

L'appelant, BC, souffrait d'arthrose dans les deux hanches et a subi une arthroplastie de resurfaçage métal-métal de sa hanche gauche au Royaume-Uni. BC a interjeté appel auprès de la Commission d'appel de la décision de l'Assurance-santé de refuser de lui rembourser les frais de resurfaçage de sa hanche. Son appel a été rejeté en juillet 2004. La Commission d'appel a conclu que bien qu'il ne s'agit pas d'un traitement expérimental, l'appelant n'avait pu établir qu'il s'agissait d'un traitement généralement reconnu comme étant approprié pour une personne ayant des problèmes de santé similaires.

BC a par la suite déposé une requête en révision de la décision de la Commission d'appel accompagnée de preuves préparées par deux médecins de l'Ontario qui étaient d'avis que la chirurgie de resurfaçage métal-métal de la hanche était un traitement approprié pour l'appelant. La demande de révision a été acceptée. D'après les nouveaux éléments de preuve présentés, le comité saisi de la révision a conclu que le traitement reçu est généralement reconnu comme étant

approprié pour une personne ayant des problèmes de santé semblables à ceux de BC. Le comité saisi de la révision a par ailleurs conclu que même si une intervention identique était pratiquée en Ontario, le délai nécessaire pour obtenir une chirurgie de resurfaçage métal-métal de la hanche entraînerait de graves lésions irréversibles des tissus.

NM c. l'Assurance-santé de l'Ontario (dossier n° 05-HIA-0161) – mars 2006

Le frère de l'appelant a eu une crise cardiaque, sur la foi de quoi le médecin ontarien de l'appelant lui a recommandé de passer un test de dépistage de la présence de calcium coronarien par scanner à faisceau d'électron (« EBCT »). La Commission d'appel a conclu qu'un test de dépistage de la présence de calcium coronarien par EBCT n'est généralement pas considéré en Ontario comme étant un traitement approprié pour une personne ayant des problèmes de santé semblables à ceux de l'appelant.

AAE c. l'Assurance-santé de l'Ontario (dossier n° 05-HIA-0327) – décembre 2005

Au moment de l'appel, l'appelant avait 15 ans et souffrait de toxicomanie et de troubles de santé mentale. Les parents de l'appelant ont demandé que soient autorisées une évaluation et une thérapie du comportement au Second Nature Wilderness Program, un établissement de soins avec hospitalisation situé en Utah. L'Assurance-santé a refusé la demande et l'appelant a interjeté appel de cette décision auprès de la Commission d'appel. La Commission d'appel a conclu que le traitement proposé satisfaisait aux critères énumérés au paragraphe 28.4 (2) du Règlement et a enjoint au directeur général d'approuver la Demande d'approbation préalable.

JFT c. l'Assurance-santé de l'Ontario (dossiers nos 04-HIA-0245, 04-HIA-0277, 04-HIA-0278) – avril 2006¹

Cet appel portait sur les traitements pour des troubles de santé mentale et de toxicomanie graves que JFT, une adolescente, a reçus au New Haven Treatment Centre, au Second Nature Wilderness Program et au Legacy Residential Treatment Centre, qui sont tous des centres de traitement en demeure situés en Utah. La Commission d'appel a conclu que les traitements reçus par JFT dans chacun de ces trois établissements de santé étaient généralement reconnus en Ontario comme étant appropriés pour une personne ayant des problèmes de santé semblables à ceux de JFT. La Commission d'appel a conclu par ailleurs qu'aucun des traitements que JFT a reçus dans ces trois établissements n'est pratiqué en Ontario et que, par conséquent, ils constituent des services assurés en vertu du paragraphe 28.4 (2) du Règlement 552.

Le paragraphe 28.4 (5) établit les conditions de remboursement de frais engagés relativement à des soins prodigués à l'étranger qui sont considérés comme étant des services assurés. La Commission d'appel a conclu que JFT ne satisfaisait pas à la condition de remboursement prévue à la disposition 1 du paragraphe 28.4 (5) parce qu'elle n'avait pas soumis à l'Assurance-santé une Demande d'approbation préalable avant d'obtenir un traitement à l'un ou l'autre de ces trois établissements américains. En fait, les parents de l'appelante ont soumis une demande de remboursement de services de santé dispensés hors du pays 23 mois après que JFT eut obtenu son congé du premier programme de traitement.

La Commission d'appel a conclu que le directeur général ne jouit pas du pouvoir discrétionnaire d'autoriser le remboursement de frais dans une affaire lorsque les conditions prévues au paragraphe 28.4 (5) n'ont pas été remplies et qu'il ne peut accorder d'« approbation préalable rétroactive » pour le remboursement de services de santé dispensés hors du pays.

¹Cette décision fait l'objet d'une requête en révision par l'appelant qui a été refusée par la Commission d'appel dans un ordre daté du 2 novembre 2006.

CCW c. l'Assurance-santé de l'Ontario (dossier n° 06-HIA-0051) – mai 2006²

CCW est un garçon de 13 ans chez qui on a diagnostiqué un THADA, un trouble oppositionnel avec provocation, un trouble explosif intermittent et un trouble d'apprentissage. CCW a été admis au Sandhill Child Development Center (« Sandhill ») du Nouveau-Mexique. Une Demande d'approbation préalable pour le traitement à Sandhill a été présentée près d'un mois après son admission et refusée par l'Assurance-santé de l'Ontario.

La Commission d'appel était convaincue que Sandhill est un « établissement de santé » au sens de l'article 28.1 du Règlement 552, et que le traitement qui y a été prodigué est un traitement généralement reconnu comme étant approprié pour une personne ayant des problèmes de santé semblables à ceux de CCW. La Commission d'appel était convaincue par ailleurs qu'un traitement identique ou équivalent n'est pas offert en Ontario. Après avoir conclu que le traitement offert à Sandhill constitue un service assuré, la Commission d'appel devait ensuite déterminer si les conditions de remboursement précisées au paragraphe 28.4 (5) avaient été satisfaites. Se fondant sur les preuves présentées devant elle, la Commission d'appel a conclu qu'à la date de soumission de la demande à l'Assurance-santé de l'Ontario, les exigences prévues au paragraphe 28.4 (5) avaient bel et bien été satisfaites.

Traitements exclus

Certains traitements ont été spécifiquement exclus des services assurés par l'Assurance-santé de l'Ontario, conformément à l'article 24 du Règlement 552 pris en application de la Loi. Voici des résumés d'appels concernant cette question.

SC c. l'Assurance-santé de l'Ontario (dossier n° 04-HIA-0174) – juillet 2005

Pendant plusieurs années, l'appelant a été suivi pour une tumeur possible au rein gauche au moyen de tomodensitogrammes. SC a passé une tomographie par émission de positrons et par ordinateur (PET-CT) en Floride et demandé par la suite son remboursement. La Commission d'appel a conclu que le traitement était considéré comme étant expérimental et ne constituait donc pas un service assuré.

Succession de TH c. l'Assurance-santé de l'Ontario (dossier n° 03-HIA-0253) – février 2006

La D^{re} H était atteinte d'un cancer du sein de stade IV présentant des métastases solides. Elle avait suivi toutes les thérapies possibles en Ontario sans succès. Elle s'est rendue en Israël pour y subir une transplantation de la moelle osseuse et une chimiothérapie à dose élevée. Des preuves ont été présentées selon lesquelles la transplantation de la moelle osseuse et la chimiothérapie à dose élevée font l'objet d'essais cliniques en Ontario. La Commission d'appel a conclu que le traitement que la D^{re} H avait reçu en Israël est « généralement reconnu en Ontario comme étant un traitement expérimental » et qu'en tant que tel, ne constitue pas un service assuré.

Traitements ne figurant pas dans la Liste des prestations

Selon l'article 37 du Règlement 552, seuls les services figurant dans la Liste des prestations des médecins sont des services assurés par l'Assurance-santé de l'Ontario. Voici des résumés d'appels concernant cette question.

²À la phase II de cette audience, la Commission d'appel déterminera si elle peut, à sa discrétion, déroger de l'exigence concernant l'approbation « préalable » et ordonner à l'Assurance-santé de l'Ontario de rembourser la portion des services fournis avant la date de présentation de la demande. Au moment de passer sous presse, la phase II n'avait pas encore été introduite.

JS c. l'Assurance-santé de l'Ontario (dossier n° 02-HIA-0129) – juin 2005

L'appelant, JS, avait demandé qu'on pratique une septoplastie et une rhinoplastie au cours de la même chirurgie nasale. La septoplastie figure dans la Liste des prestations et est un service assuré. La rhinoplastie ne figure pas dans la Liste des prestations et ne peut être considérée comme un service assuré que si l'intervention est pratiquée pour atténuer des symptômes physiques importants ou que le critère qui s'applique aux motifs émotifs, psychologiques ou psychiatriques qui font exception aux règles générales contre le remboursement des frais relatifs à des traitements cosmétiques, est satisfait.

La Commission d'appel a conclu que la partie rhinoplastie de la chirurgie nasale avait été pratiquée dans le but d'améliorer l'apparence. Même s'il avait été démontré que JS vivait une grande détresse émotive en raison de l'apparence de son nez, la chirurgie n'avait pas été recommandée par un établissement de santé mentale ou un autre établissement équivalent. La Commission d'appel a conclu que la rhinoplastie ne faisait pas exception aux règles générales contre le remboursement des frais relatifs à des traitements cosmétiques et ne pouvait par conséquent être considérée comme un service assuré en vertu de la Loi.

NCM c. l'Assurance-santé de l'Ontario (dossier n° 05-HIA-0087) – novembre 2005

NCM avait reçu une thérapie hyperbare à la clinique privé Reimer Hyberbaric à Hamilton et avait demandé un remboursement des frais de cette thérapie. La Liste des prestations indique que la thérapie hyperbare ne peut être considéré comme étant un traitement assuré que s'il est donné par un médecin sous une surveillance constante. La Commission d'appel a conclu que les preuves ne pouvaient permettre d'établir que les traitements de la clinique Reimer Hyberbaric avaient été donnés en respectant les conditions précisées dans la Liste des prestations et par conséquent, le traitement n'était pas un service assuré par l'Assurance-santé.

KB c. l'Assurance-santé de l'Ontario (dossier n° 05-HIA-0022) – juillet 2005

L'appelant avait subi une pose de bande gastrique par laparoscopie en Ontario. Cette intervention chirurgicale ne figure pas dans la Liste des prestations et n'est pas, par conséquent, un service assuré. La Commission d'appel a conclu qu'elle n'avait pas compétence pour ordonner à l'Assurance-santé de l'Ontario de rembourser à KB les frais de cette chirurgie.

JD c. l'Assurance-santé de l'Ontario (dossier n° 04-HIA-0159) – avril 2005

JD était extrêmement malade et avait reçu un diagnostic de maladie métastatique au cerveau d'un médecin des soins primaires inconnu. Elle demandait à la Commission d'appel d'enjoindre à l'Assurance-santé de l'Ontario de lui rembourser les frais d'une tomographie par émission de positrons qu'elle a passée dans un établissement d'imagerie privé en Ontario. La Commission d'appel était convaincue que la tomographie par émission de positrons ne figurait pas dans la Liste des prestations et qu'elle n'était donc pas un service assuré par l'Assurance-santé de l'Ontario lorsqu'elle était pratiquée en Ontario.

CB c. l'Assurance-santé de l'Ontario (dossier n° 05-HIA-0124) – avril 2006

CB avait interjeté appel du refus de l'Assurance-santé de l'Ontario de rembourser les frais de services d'ambulance aériens fournis par Thunder Airlines qui l'avait transporté d'un centre de services de santé de Winnipeg à l'Hôpital général de Sudbury. La Commission d'appel a conclu

que les conditions suivantes devaient être satisfaites pour que des services d'ambulance aériens soient considérés comme étant des services assurés par l'Assurance-santé de l'Ontario : le particulier doit être une personne assurée aux termes de la Loi; le service d'ambulance aérien doit être justifié d'un point de vue médical; la société assurant le vol doit être un exploitant inscrit à l'annexe 7 du Règlement 552 ou être exploitée par la province de l'Ontario.

Bien que la Commission d'appel ait conclu que les deux premières conditions étaient satisfaites, elle a conclu par ailleurs que Thunder Airlines n'était pas exploitée par la province de l'Ontario ni n'était un service d'ambulance inscrit à l'annexe 7. Par conséquent, les services fournis par Thunder Airlines ne sont pas des services assurés par l'Assurance-santé de l'Ontario.

SH c. l'Assurance-santé de l'Ontario (dossier n° 05-HIA-0179) – mars 2006

SH avait des antécédents de problèmes cardiaques et les brassards de tensiomètre standard étaient trop petits pour ses bras très gros. SH demandait à l'Assurance-santé de l'Ontario de payer le coût d'une brachioplastie de sorte qu'elle puisse utiliser des brassards de tensiomètre standard. L'Assurance-santé de l'Ontario a refusé sa requête. La Commission d'appel a conclu que la brachioplastie ne figure pas dans la Liste des prestations et qu'il n'y avait aucun avis médical indiquant que la chirurgie était médicalement nécessaire pour l'appelante.

CL c. l'Assurance-santé de l'Ontario (dossier n° 05-HIA-0127) – janvier 2006

L'appelante a un trou maculaire dans son œil droit où s'était formée une cataracte après le traitement reçu pour corriger la première anomalie. La cataracte avait été extraite et un cristallin artificiel avait été implanté. En conséquence, l'appelante avait une vision 20/20 dans son œil droit et de -5,25 dans son œil gauche. En raison de cet écart de vision entre les deux yeux, l'appelante ne pouvait obtenir de prescription de verre appropriée parce que la différence de force requise pour chaque verre la faisait voir double. L'appelante avait subi une extraction du cristallin clair et une implantation d'une lentille intraoculaire dans son œil gauche, et demandé le remboursement des frais de la procédure.

Une analyse de la Liste des prestations révèle que l'insertion d'une lentille n'est pas un service assuré sauf si le cristallin extrait était malade. Par conséquent, la Commission d'appel a conclu que l'extraction du cristallin clair et l'implantation d'une lentille intraoculaire ne figuraient pas dans la Liste des prestations et pour ce motif, ne satisfaisaient pas aux exigences relatives à un service assuré.

Demandes de règlement présentées en retard

SK c. l'Assurance-santé de l'Ontario (dossier n° 05-HIA-0115) – février 2006

Alors qu'il visitait sa famille en Inde, SK avait été hospitalisé à la suite d'une urgence médicale. Pour qu'un service soit assuré en vertu de la Loi, les services fournis à des malades hospitalisés en cas d'urgence à l'extérieur du Canada doivent répondre aux critères énoncés à l'article 28.3 de la Loi. L'intimé avait admis que SK satisfaisait à ces critères étant donné que les services avaient été fournis en raison d'un état, d'une maladie, d'une affection ou d'une blessure graves et imprévus, qui étaient survenus à l'extérieur du Canada et qui exigeaient un traitement immédiat.

À son retour en Ontario, il avait présenté une demande de remboursement, dont l'enveloppe endommagée mais non ouverte lui avait été retournée plusieurs mois plus tard avec la mention

« adresse inconnue ». SK avait alors présenté une nouvelle demande, même si le délai de 12 mois était alors expiré. La Commission d'appel était persuadée que SK était crédible et a admis son témoignage oral à l'effet qu'il avait présenté sa demande dans le délai de 12 mois exigé par le Règlement. Par conséquent, la Commission d'appel a conclu que les services d'urgence à l'extérieur du pays étaient des services assurés et pouvaient être remboursés en vertu de la Loi.

Traitement d'urgence

La Loi prévoit qu'une petite part du coût d'un traitement dispensé d'urgence hors du pays sera remboursée à un assuré. L'état du patient et le traitement doivent remplir les conditions énoncées dans le Règlement. Les sommaires suivants soulignent certaines questions visées dans ces appels.

GB c. l'Assurance-santé de l'Ontario (dossier n° 05-HIA-0149) – février 2006

Dans cet appel, GB avait eu une crise cardiaque au cours d'une visite d'établissements médicaux au Michigan. Il avait été admis dans un hôpital de Detroit où il avait été hospitalisé pendant neuf jours. L'Assurance-santé de l'Ontario avait payé 3 600 \$ de la facture de soins médicaux directement à l'hôpital. GB a interjeté appel auprès de la Commission d'appel lui demandant que le solde de la facture, soit 226 121,90 \$, soit acquitté par l'Assurance-santé de l'Ontario.

L'article 28.3 du Règlement 552 prévoit le paiement de 400 \$ par jour pour des services hospitaliers fournis à l'extérieur du Canada en cas d'urgence. Conformément au paragraphe 28.3 (6), le paiement de 400 \$ par jour couvre les frais de tous les services hospitaliers fournis au cours d'une journée, y compris les procédures de diagnostic ou les interprétations fournis par des médecins, mais n'inclut pas tous les autres services fournis par un médecin. La Commission d'appel était convaincue qu'en versant 3 600 \$, l'Assurance-santé de l'Ontario s'était acquittée de son obligation concernant les services hospitaliers fournis (222 428,90 \$). Par conséquent, la Commission d'appel a conclu que la politique de l'Assurance-santé de l'Ontario qui ne prévoit le remboursement au patient des frais de services de médecins qu'une fois que ce dernier a payé directement le médecin est déraisonnable, étant donné les circonstances de l'affaire. La Commission d'appel a ordonné au directeur général de payer pour les services de médecin conformément à la Loi et aux Règlements.

Appels relatifs à l'admissibilité

Les appels interjetés par les particuliers que l'Assurance-santé de l'Ontario refuse d'assurer soulèvent des questions variées. Au cours du dernier exercice, la plupart de ces appels consistaient à savoir si une personne pouvait se prévaloir d'une ou de plusieurs des exemptions la dispensant de l'exigence en matière de résidence selon laquelle, pour être assuré, il faut résider en Ontario pendant 153 jours par période de douze mois.

WHG c. l'Assurance-santé de l'Ontario (dossier n° 03-HIA-0063) – juin 2005

WHG est un enfant qui était sur le point d'être adopté par des citoyens canadiens. Une demande d'établissement avait été présentée au nom de WHG en mars 2000 et WHG avait passé son examen médical réglementaire le 29 septembre 2000. Citoyenneté et Immigration Canada (CIC)

avait confirmé que WHG répondait aux exigences médicales liées à l'établissement le 2 novembre 2000, et l'appelant est ainsi donc devenu résident aux fins de la Loi ce jour-là, conformément au sous-aliéna 1.1 (1) b) (4) du Règlement 552. La Loi et les règlements stipulent qu'une personne a le droit de devenir un assuré trois mois après la date d'obtention de son statut de résident. Cela étant, le directeur général avait accordé à WHG le droit à l'assurance-santé en date du 2 février 2001.

La Commission d'appel a rejeté les arguments de l'appelant qui invoquaient que la date à laquelle il aurait dû obtenir le statut de résident devrait correspondre à la date où il a subi un examen médical de CIC pratiqué par un médecin approuvé de CIC, plutôt qu'à la date à laquelle CIC avait confirmé qu'il avait répondu aux exigences médicales liées à l'établissement. La Commission d'appel a indiqué que le libellé du sous-alinéa 1.1 (1) b) (4) stipule clairement qu'un particulier n'obtient le statut de résident que lorsque le ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration fédéral confirme qu'il répond aux exigences médicales liées à l'établissement.

La Commission d'appel a examiné la question de savoir si l'appelant, en tant qu'enfant âgé de moins de 16 ans qui avait été adopté par un assuré après avoir obtenu le statut de résident, pouvait se prévaloir de l'exemption dispensant une personne de la période d'attente de trois mois prévue à la disposition 3 (4) 1 du Règlement 552. La Commission d'appel a adopté une interprétation franche de la Loi et conclu que l'exemption à la période d'attente de trois mois ne s'appliquait pas à l'appelant.

GM c. l'Assurance-santé de l'Ontario (dossier n° 04-HIA-0305) – décembre 2005

GM a présenté une demande d'inscription à l'Assurance-santé de l'Ontario le 27 juin 2003 et a reçu sa carte Santé le 14 juillet 2003. GM est demeuré en Ontario pendant les 27 jours qui ont suivi immédiatement le jour où il a présenté sa demande, puis il est allé aux États-Unis où il a subi une blessure grave. Il a dû subir une intervention chirurgicale aux États-Unis et y est demeuré pendant 103 jours pour recevoir un traitement postopératoire.

La Commission d'appel a conclu que GM n'était pas présent en Ontario pendant les 153 jours suivant immédiatement la date de sa demande d'inscription à l'Assurance-santé, tel que l'exige le sous-alinéa 1.1 (2) b) (ii). La Commission d'appel a conclu par ailleurs que ni elle ni le directeur général ou la Commission d'appel n'avait de pouvoir discrétionnaire pour abandonner cette exigence et permettre une absence temporaire de 30 jours ou de toute autre période de temps.

AC c. l'Assurance-santé de l'Ontario (dossier n° 04-HIA-0175) – avril 2005

L'appelante, AC, est une citoyenne canadienne qui a résidé aux États-Unis, puis est revenue en Ontario le 27 mars 2004 dans l'intention d'y rétablir son statut de résidence permanente. Elle s'est ensuite rendue à Hong Kong pour rendre visite à sa grand-mère le 15 avril 2004 et est revenue le 17 juin 2004.

Le comité a examiné les exigences de la *Loi sur l'assurance-santé* et du Règlement 552 qui sont pertinentes pour établir le statut de résidence et a conclu que le 27 mars 2004, AC répondait à tous les critères nécessaires. La Commission d'appel a conclu que la politique du ministère ne pouvait contredire expressément les dispositions légales et, par conséquent, a rescindé la décision du directeur général concernant la date d'admissibilité de l'appelante à l'Assurance-santé. La Commission d'appel a substitué sa propre décision à l'effet que l'appelante était admissible à l'assurance-santé le 27 juin 2004.

La Commission d'appel a jugé qu'elle n'avait pas compétence pour accorder la mesure réparatoire demandée par l'appelante, à savoir que la Commission d'appel veille à ce que le ministère communique clairement et facilement les exigences de sa politique à la communauté qu'il dessert.

Appels de décisions du Comité d'étude de la médecine

Au cours de la période couverte par le présent rapport annuel, on pouvait en appeler d'une directive du Comité d'étude de la médecine (le « CEM ») auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé. Depuis, les audiences devant le CEM ont été suspendues et les parties à des appels en instance ont obtenu le droit d'en appeler devant le Comité provisoire de vérification des honoraires de médecins (CPVHM), un comité spécial de la Commission d'appel. Les décisions décrites ci-dessous portent sur des appels qui ont été introduits avant l'établissement du CPVHM par la Commission d'appel.

Bien que ces affaires ne soient plus du ressort de la Commission d'appel, les décisions examinent des questions ayant une importance générale pour les instances devant la Commission d'appel et ont par conséquent été incluses dans le présent résumé des décisions.

Dr C c. l'Assurance-santé de l'Ontario (dossier n° 03-HIA-0050) – mai 2004

Le Dr C est un médecin exerçant à Toronto à la Headache and Pain Management Clinic. Le CEM avait enjoint au directeur général de l'Assurance-santé de l'Ontario d'exiger du Dr C qu'il rembourse à l'Assurance-santé de l'Ontario la somme de 78 871,68 \$ plus les intérêts et frais connexes. Le Dr C avait interjeté appel de l'ordre du directeur auprès la Commission d'appel.

Dans le contexte de l'appel, le Dr C a introduit une motion pour que la Commission d'appel rende une ordonnance exigeant la divulgation de documents en possession du CEM et de l'Assurance-santé de l'Ontario. Dans cette motion, la Commission d'appel devait déterminer si la nature de l'affaire, les dispositions législatives applicables ou les conséquences pour la personne touchée nécessitaient une plus grande divulgation afin de respecter le droit de l'appelant à une audience équitable conformément aux règles de la justice naturelle. La conclusion de la Commission d'appel selon laquelle un appel d'une décision du comité de révision est une audience de novo a apporté des éléments permettant au comité de prendre une décision concernant les documents qui devaient être divulgués.

Le CEM a également présenté une motion qui soulevait les questions de savoir : laquelle des parties passe en premier et à laquelle des parties incombe le fardeau de la preuve dans les appels de décisions du CEM. La Commission d'appel a décidé en décembre 2004 que le fardeau de la preuve incombait au comité de révision et que ce dernier devait être le premier à faire valoir ses droits devant la Commission d'appel.

Dr A c. l'Assurance-santé de l'Ontario (dossier n° 03-HIA-0225) – décembre 2004³

Le Dr A a interjeté l'appel d'une directive du CEM enjoignant au directeur général de l'Assurance-santé de l'Ontario d'obliger le Dr A à rembourser à l'Assurance-santé de l'Ontario un certain montant d'argent, plus les intérêts et frais connexes. Le Dr A a demandé à la Commission d'appel de réexaminer certains aspects de sa décision concernant les motions présentées par le Dr C. La requête a été rejetée.

Décisions rendues en vertu de la Loi sur les soins de longue durée

AXN c. Centre d'accès aux soins communautaires de Hamilton (dossier n° LT- 7202) – mai 2005

Il s'agissait d'un appel en vertu de la *Loi de 1994 sur les soins de longue durée* relativement à une décision du Centre d'accès aux soins communautaires de Hamilton (le « CASC ») de ne plus offrir à l'appelante AXN des services d'orthophonie, pour le motif qu'elle avait atteint le nombre maximal d'heures de services établi par le CASC, soit 60 heures. AXN a obtenu un diagnostic de déficience développementale globale, de troubles du spectre autistique et d'apraxie. L'intimé a convenu qu'AXN nécessitait d'autres séances d'orthophonie, mais a allégué qu'elle avait atteint le nombre maximale d'heures de services établi par le CASC. La Commission d'appel devait déterminer si la décision du CASC se conformait aux dispositions de la *Loi de 1994 sur les soins de longue durée* et de ses règlements.

La Commission d'appel a conclu que, conformément au paragraphe 22 (7) et à l'article 38 de la Loi, le CASC devait observer les règlements pris en application de la Loi lorsqu'il déterminait l'admissibilité et qu'il planifiait la prestation des services. La Commission d'appel a conclu que le CASC avait adopté une règle rigide selon laquelle une personne n'avait droit qu'à un maximum de 60 heures de séances d'orthophonie, sans égard à ses besoins continus ou à son admissibilité à des services en vertu de la Loi et des règlements. La Commission d'appel a conclu que la loi n'autorisait pas le CASC à imposer un plafond pour les services qu'il offrait.

L'argument invoqué par le CASC selon lequel ses politiques étaient légitimes parce qu'elles se fondaient sur l'interprétation d'un ensemble de lignes directrices ministérielles et de lettres explicatives n'a pas convaincu la Commission d'appel. Cette dernière a conclu que le CASC ne pouvait invoquer lesdites lignes directrices et lettres pour rendre légitime une politique qui restreint l'admissibilité d'un demandeur qui serait autrement admissible aux termes de la Loi et des règlements pris en application de la Loi.

La Commission d'appel a rescindé la décision du CASC de mettre fin aux services d'orthophonie de l'appelante et a ordonné que ces services lui soient de nouveau offerts.

Décisions rendues en vertu de la Loi sur la protection et la promotion de la santé

LL c. le médecin-hygiéniste du bureau de santé du comté de Huron (dossier n° HP-7182) – décembre 2005

Cet appel concerne un ordre du médecin-hygiéniste du bureau de santé du comté de Huron enjoignant au Braemar Retirement Centre Nursing Home (la « maison de soins infirmiers Braemar ») situé en Ontario de demander immédiatement à tous les membres de son personnel qui n'étaient pas vaccinés contre la grippe de s'abstenir de travailler à moins que ou jusqu'à ce que certaines mesures soient prises. L'appelante travaillait comme aide soignante à la maison de soins infirmiers Braemar et n'était pas vaccinée contre la grippe au moment où l'épidémie de grippe a été déclarée. L'appelante a refusé d'être vaccinée ou de prendre le médicament antiviral. Par conséquent, conformément à l'ordre, on lui a demandé de quitter immédiatement l'établissement et elle a dû s'abstenir de travailler pendant l'épidémie déclarée. L'ordre a été rendu en vertu de l'article 22 de la Loi, et la Commission d'appel devait déterminer si les exigences de cet article avaient été satisfaites.

³Cette décision fait l'objet d'un appel devant la Cour divisionnaire qui n'avait pas encore été entendu au moment de la rédaction

Pour rendre un ordre en vertu de l'article 22, un médecin-hygiéniste doit avoir des motifs raisonnables et probables de croire qu'une maladie transmissible « peut exister » dans un établissement ou « risque de se déclarer immédiatement ». D'après les éléments de preuve présentés, la Commission d'appel a conclu que la grippe de type A peut avoir existé dans la maison de soins infirmiers Braemar au moment où l'ordre a été rendu et qu'elle risquait de s'y déclarer immédiatement.

La Commission d'appel a accepté les éléments de preuve présentés concernant les risques de contracter la grippe pour les personnes âgées qui vivent dans un établissement institutionnalisé comme la maison de soins infirmiers Braemar. La Commission d'appel était par ailleurs convaincue par les éléments de preuve présentés que la vaccination annuelle du personnel contre la grippe réduit la propagation de la maladie et ses répercussions sur les résidents âgés des établissements de soins de longue durée.

La Commission d'appel a conclu qu'il existait des motifs raisonnables et probables de croire que la grippe présentait un risque pour la santé des personnes résident à la maison de soins infirmiers Braemar et que les exigences précisées dans l'ordre étaient nécessaires pour réduire ou éliminer ce risque pour la santé. La Commission d'appel a, par conséquent, confirmé l'ordre.

Compétence de trancher des affaires plus générales de la Commission d'appel

JRC c. l'Assurance-santé de l'Ontario (dossier n° 04-HIA-102) – octobre 2005

JRC a passé différents examens médicaux aux États-Unis que l'Assurance-santé de l'Ontario a refusé de lui rembourser. Une fois devant la Commission d'appel, JRC a fait clairement comprendre qu'il désirait retirer son appel concernant le remboursement du coût de ses examens médicaux. JRC espérait plutôt que la Commission d'appel convoque une audience afin d'examiner la question plus vaste de l'accès aux soins de santé des résidents du Nord de l'Ontario. La Commission d'appel a indiqué qu'elle devait s'en tenir à sa compétence légale, à savoir les articles 20 et 21 de la *Loi sur l'assurance-santé*. La Commission d'appel a conclu qu'elle n'a pas la compétence pour examiner la question plus vaste concernant l'accès aux soins de santé des résidents du Nord de l'Ontario, soulevée par l'appelant dans cette affaire.

La Commission d'appel a refusé la demande de JRC de tenir l'audience à huis clos et de restreindre l'accès aux documents déposés au cours de l'instance. Les règles de pratique de la Commission énoncent que les audiences sont ouvertes au public à moins qu'il n'existe des preuves probantes des exceptions décrites aux règles 13 ou 14. La Commission d'appel n'était pas convaincue que ces critères avaient été respectés en l'espèce et a, par conséquent, refusé la demande de JRC.

Instances judiciaires

Un grand nombre de lois habilitant la Commission d'appel prévoient un plein droit d'en appeler (sur des questions de droit ou de fait ou les deux) à la Cour divisionnaire. Une exception digne de mention est la *Loi sur les soins de longue durée*, qui stipule que les décisions de la Commission d'appel sont définitives.

Le nombre d'appels devant la Cour divisionnaire et de demandes de révision judiciaire des décisions de la Commission est l'une des mesures de la complexité accrue des affaires examinées

par la Commission d'appel. Ces dernières années, ce nombre a oscillé entre trois ou quatre par année; on constate toutefois une augmentation importante à venir.

En 2005-2006, la Cour divisionnaire a statué sur quatre affaires. Les décisions de la Cour sont résumées très brièvement ci-dessous :

KHK c. l'Assurance-santé de l'Ontario⁴

Un appel devant la Cour divisionnaire interjeté par KHK a été rejeté le 1er juin 2005. La Cour divisionnaire était d'avis que le Tribunal n'avait commis aucune erreur en appliquant le règlement.

RR c. l'Assurance-santé de l'Ontario⁵

La Commission d'appel a examiné cet appel en deux occasions distinctes et en a tiré la même conclusion chaque fois : le traitement reçu en Allemagne n'était pas « urgent et imprévu » et n'était pas, par conséquent, un service assuré par l'Assurance-santé de l'Ontario. Dans une décision publiée le 5 octobre 2005, la Cour divisionnaire a rejeté l'appel. La Cour était d'avis qu'il « fallait faire preuve d'une grande réserve à l'égard de la Commission et que la norme valide de révision était le caractère raisonnable ».

Médecin-hygiéniste du bureau de santé du Nord-Ouest⁶

La Commission d'appel a conclu que le médecin-hygiéniste n'avait pas compétence pour déclarer que la fumée secondaire représentait un risque pour la santé et, en se fondant sur cette déclaration, ordonner à toutes les entreprises œuvrant au sein du bureau de santé d'interdire de fumer dans leurs locaux. La Commission d'appel a conclu que le médecin-hygiéniste n'avait pas compétence pour déclarer que la fumée secondaire représentait un risque pour la santé et, en se fondant sur cette déclaration, ordonner à toutes les entreprises du bureau de santé d'interdire de fumer dans leurs locaux. Le procureur général a demandé une révision judiciaire de la décision. Dans une décision datée du 4 janvier 2006, la Cour divisionnaire a conclu que la norme de révision était le bien-fondé parce que la décision de la Commission d'appel portait sur une question limitée de l'interprétation des lois. La Cour divisionnaire a conclu que la décision de la Commission était bien-fondée.

Le procureur général a demandé la permission d'interjeter appel de la décision de la Cour divisionnaire devant la Cour d'appel. Dans une ordonnance datée du 5 juin 2006, la Cour a rejeté la demande. La Cour d'appel a indiqué que « cette motion serait normalement accueillie étant donné l'importance des questions qu'elle soulève : la portée de l'autorité d'un médecin-hygiéniste est une question d'importance pour le public. Toutefois, comme la Loi favorisant un Ontario sans fumée est entrée en vigueur, l'appel est sujet de controverse ».

TF c. l'Assurance-santé de l'Ontario et le Comité d'étude de la chiropractie⁷

TF a interjeté appel d'une décision de la Commission d'appel de supprimer certains paragraphes des motifs d'une demande d'appel déposée par l'appelant. La Cour divisionnaire a rejeté l'appel pour le motif qu'il était prématuré. La Cour a fait remarquer qu'il existe « depuis longtemps une politique selon laquelle les poursuites administratives ne devraient pas être fragmentées »; comme il s'agissait d'un appel d'une décision sur une question préjudicielle, la cour a refusé de s'interposer jusqu'à ce que la Commission d'appel en ait terminé avec l'audience de novo sur le fond.

⁴Décision de la Cour divisionnaire datée du 1er juin 2005, dossier n° 521/04 de la Cour divisionnaire, dossier n° M32626 de la Cour d'appel

⁵Décision de la Cour divisionnaire datée du 30 septembre 2005, dossier n° 672/03 de la Cour divisionnaire

⁶Décision de la Cour divisionnaire datée du 4 janvier 2006, dossier n° 159/04 de la Cour divisionnaire. Décision de la Cour d'appel datée du 5 juin 2006, dossier n° M33420 de la Cour d'appel.

⁷Décision de la Cour divisionnaire datée du 24 octobre 2006. Dossier n° 75/06 de la Cour divisionnaire.