

Soins de santé à but lucratif

À bas les mythes

Mythe n° 1 **L'assurance-santé n'est pas viable**

Au cours des dernières années, la population canadienne a été témoin d'une campagne organisée pour miner sa confiance dans le système national de soins de santé. La devise de cette campagne s'entend tous les jours : l'assurance-santé ne fonctionne pas et ne peut pas fonctionner.

Les tenants de cette idée ont fait un usage toujours plus grand des tactiques de la peur dans les débats sur les soins de santé. On dit au public que les listes d'attente s'allongent maintenant à l'infini, que le système est devenu inabordable et que les soins dont les aînés auront besoin entraîneront la faillite du système.

Les compressions massives des transferts fédéraux aux provinces pour les soins de santé entre 1986 et 1995 ajoutées aux compressions budgétaires subséquentes des provinces dans le secteur de la santé n'ont fait qu'envenimer la situation, selon cette rhétorique funeste. En conséquence, le public a considérablement perdu confiance dans le système de soins de santé.

La « solution » à cette crise, dit-on à la population canadienne, est de confier les services de santé supposément ruineux et inefficaces au secteur

Pour nous convaincre que ça ne fonctionne pas

« Supposons que des intérêts privés, des idéologues politiques et des fonctionnaires souhaitent remplacer le régime d'assurance-santé complet, universel et accessible par un système à deux vitesses... Comment s'y prendraient-ils?

Ils essaieraient d'abord de convaincre les Canadiens que leur système public ne fonctionne pas. Comment? Ils pourraient commencer par imposer des compressions draconiennes malavisées. Mieux encore, en plus des compressions, ils transféreraient des services médicaux à des domaines qui ne sont pas bien intégrés à l'assurance-santé – aux soins à domicile, par exemple. Au fur et à mesure que les services diminueraient, les listes d'attente s'allongeraient, les patients souffriraient d'isolement, les services à domicile seraient de piètre qualité et les factures des médicaments s'accumuleraient. En gros, la confiance dans l'assurance-santé universelle serait minée. Tout à coup, le temps d'une nouvelle "vision" serait venu. Et cette vision serait loin d'être universelle. »

John Ralston Saul

Do We Care? Renewing Canada's Commitment to Health

Dr. John Ralston Saul

privé qui est, lui, « plus efficace »; on veut accroître le rôle des prestataires à but lucratif et faire l'essai des hôpitaux à but lucratif.

Bien qu'il soit tout à fait juste de sentir que le système de soins de santé du Canada est menacé, la nature de la menace et les mesures à prendre ne sont pas bien comprises. Il est donc important de commencer par examiner les mythes qui ont donné naissance à ce discours alarmiste.

Listes d'attente

Dans un discours de mai 2000 intitulé « The Myths and Agendas Behind the Unsustainability Chorus »¹, l'analyste des politiques en matière de santé Steven Lewis a expliqué que les données disponibles contredisent l'opinion couramment admise que les listes d'attente sont hors de contrôle. Les données révèlent qu'un nombre d'interventions plus grand que jamais a lieu. Les données du Manitoba et de la Nouvelle-Écosse montrent que, en moyenne, le temps d'attente est stable ou à la baisse.

Cela ne signifie pas pour autant que les listes d'attente ne sont pas une source de problème pour les personnes souffrantes ou dont la santé se détériore. Mais, selon l'économiste de la santé Robert Evans, quand on fait des efforts pour en apprendre davantage sur le problème, pour déterminer qui est en attente, depuis combien de temps et pourquoi, et pour trouver la meilleure solution au problème... « on se rend compte qu'il existe peu ou pas de données objectives sur les discours alarmistes »². Les données tendent à être anecdotiques et les efforts pour les systématiser et pour trouver une réponse sont tout aussi susceptibles d'être battus en brèche qu'accueillis favorablement.

Evans note également que les listes d'attente sont devenues le cheval de bataille des tenants d'un système de santé à deux vitesses; laissons ceux qui en ont les moyens payer pour obtenir des services du secteur privé. Il nous met en garde contre une telle approche. « L'une des leçons les plus claires tirées du service de santé national du Royaume-Uni est qu'une fois que l'on laisse les spécialistes accéder au marché privé, il n'y aura jamais assez de fonds publics pour raccourcir les listes d'attente publiques. S'il n'y avait jamais d'attente au secteur public, qui paierait pour aller au secteur privé? »



Le fait de dépenser simplement de l'argent – ou, pis encore, de laisser le secteur privé s'installer – ne sera jamais la solution parce que cette façon de faire récompense la création et le maintien des listes d'attente.

Robert Evans

Des cliniques privées et à but lucratif contribueront à allonger les listes d'attente³

Accorder des fonds publics au système privé, qui est moins efficace, est un moyen inutile de raccourcir les listes d'attente. Les chirurgies oculaires (en Alberta), dont la plupart sont faites dans des cliniques privées, constituent un bon exemple :

- Les listes d'attente sont plus longues et les coûts sont plus élevés pour les chirurgies de la cataracte dans les villes où le nombre de cliniques privées est le plus élevé.
- Au Manitoba, les listes d'attente pour ces chirurgies étaient deux fois plus longues chez les chirurgiens qui opéraient à la fois aux secteurs privé et public, en comparaison aux chirurgiens qui pratiquaient toutes leurs opérations au système public. Les chirurgiens demandent en général 1 000 \$ de plus par patient si la chirurgie est faite en clinique privée. (Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba)

Kevin Taft et Gillian Steward

Clear Answers: The Economics and Politics of For-Profit Medicine

L'incidence du vieillissement de la population sur le système de santé

Les promoteurs d'un système de santé à deux vitesses pointent souvent vers le grand nombre de baby-boomers vieillissants au Canada et profèrent que les besoins de santé de ce groupe mèneront l'assurance-santé à la faillite.

Bien que les dépenses pour la santé augmentent avec l'âge, notamment lorsqu'une personne atteint 70 ans et plus, l'incidence qu'auront les baby-boomers sur le système de santé est prévisible et il reste assez de temps pour s'y préparer. La majorité de la génération du baby-boom atteindra l'âge de 70 ans vers l'an 2030. « Comme le disent certains économistes de la santé, le baby-boom avance comme un glacier et non pas comme une avalanche. » (Taft et Steward)

Une analyse attentive des dépenses pour la santé indique que le vieillissement de notre population ajoutera certes aux coûts de la santé, mais pas au point de constituer une menace pour l'assurance santé. Le défi consiste à veiller à ce que notre système de santé réagisse de manière appropriée et efficace au vieillissement. Par exemple, nous avons eu tendance à mettre l'accent sur les soins en établissement pour les aînés au lieu des soins à domicile, même si ces derniers sont moins dispendieux et souvent plus appropriés.



- La santé des aînés s'améliore continuellement.
- La population vieillit graduellement – il n'y aura pas de montée en flèche.
- Le placement en établissement se fait de moins en moins selon l'âge.
- Les maladies chroniques se contrôlent par des médicaments.
- Les percées médicales pourront réduire la prévalence et la gravité des démences.

Steven Lewis
Access Consulting Ltd., Saskatoon

Le placement des aînés en établissement

Près de 10 % des Canadiens de plus de 65 ans vivent dans des hôpitaux pour malades chroniques ou des foyers pour personnes âgées. Aux États-Unis et en Australie, seulement 6 % des aînés sont placés dans un établissement, et en Grande-Bretagne, seulement 5 %.

Le groupe de travail de 1984 de l'Association médicale canadienne a étudié l'affectation des ressources pour les soins de santé et a conclu catégoriquement qu'il fallait réduire, et non pas augmenter, le nombre de personnes âgées placées en établissement.⁴

Solutions de rechange au placement

- Établir des politiques sociales comme en Suède et au Japon, où les enfants adultes reçoivent des incitatifs financiers pour prendre soin de leurs parents.
- Réduire le nombre d'aînés qui vivent dans des hôpitaux de soins actifs ou des foyers en leur offrant plutôt des soins à domicile appropriés.
- Concevoir un processus de planification pour les soins à long terme prodigués aux aînés et aux malades chroniques (notre système de santé ne bénéficie pas de planification à long terme).

L'assurance-santé a fait son travail

Des analystes des politiques en matière de santé, comme Michael Rachlis, se sont demandés si l'assurance-santé (le système de santé à payeur unique du Canada) avait en fait permis la mise sur pied d'un régime accessible, efficace économiquement, de haute qualité et empreint de compassion.

Ils sont arrivés à la conclusion que l'assurance-santé avait atteint son but, c'est-à-dire d'offrir des soins équitables à prix contrôlés. Différentes études montrent que les Canadiens profitent en effet des soins de santé dont ils ont besoin, peu importe leur revenu.

De plus, bien que les coûts défrayés par les particuliers (comme les médicaments sur ordonnance et les soins à domicile) aient augmenté en flèche, le système subventionné et administré par l'État a limité les coûts. Robert Evans met d'ailleurs l'accent sur ce point : « Les dépenses pour les hôpitaux et les médecins, assumées par l'assurance-santé, montrent très clairement l'accroissement continu de la part du PIB avant 1970, période qui a été suivie par une stabilité au cours de la première décennie de la couverture universelle »⁵.

En janvier 2001, un groupe de grands universitaires du Canada dans le secteur des soins de santé a publié un rapport qui classe dans la catégorie des mythes les reportages avançant que l'assurance santé serait en état de crise et à la veille de s'effondrer. Ce rapport conclut que même si l'assurance-santé est confrontée à bien des problèmes, il est possible de les résoudre tout en préservant le système de santé public⁶.

*Malgré toutes les critiques
du programme d'assurance-santé
du Canada, je serais heureux,
pour ma part, d'en avoir les problèmes
gérables au lieu de ceux des États-Unis.*

Theodore Marmor
Yale School of Management

Le système de santé américain comparé au système public canadien

- Il consomme davantage de ressources (14 % de l'économie comparativement à 9 % au Canada).
- Il attribue les ressources de manière moins efficace (44 millions d'Américains ne sont pas couverts).
- Il est largement plus inefficace en terme de frais d'administration (les coûts facturés par personne en 1995 s'élevaient à 361 \$ aux États-Unis et à 119 \$ au Canada).
- Il offre des soins d'une qualité moindre afin de maximiser les profits.
- Il produit de moins bons résultats sur le plan des indicateurs de la santé d'une nation : l'espérance de vie, la mortalité infantile et les iniquités sociales. (Les É.-U. ont le taux de mortalité infantile le plus élevé des pays de l'OCDE.)

Coalition canadienne de la santé
Health Alert, automne 2000

Références

1. LEWIS, Steven. « The Myths and Agendas Behind the "Unsustainability Chorus" ». Discours prononcé au Forum de l'Association médicale de la Colombie-Britannique, Vancouver (C.-B.), 11 au 12 mai 2000.
2. EVANS, Robert. « The Role of Private and Public Health Care Delivery in Alberta ». Discours programme au Forum sur la santé parrainé par le Alberta Congress Board, Edmonton (Alb.), 5 février 2000.
3. TAFT, K. et G. STEWARD. *Clear Answers: The Economics and Politics of For-Profit Medicine*. Edmonton, Duval House Publishing, 2000, p. 96-97.
4. RACHLIS, M. et C. KUSHNER. *Second Opinion: What's Wrong with Canada's Health Care System and How to Fix It*. Toronto, Collins, 1989, p. 154-156.
5. EVANS, Robert. Op. cit.
6. Tommy Douglas Research Institute. *Revitalizing Medicare: Shared Problems, Public Solutions*, 2001.