

Une série d'analyses présentant les résultats de la recherche qui alimentent  
 le débat sur les services de santé au Canada

Le mythe s'était effondré en mars 2001  
 Il s'effondre à nouveau! Mars 2005



## Mythe : Un système privé parallèle réduirait les temps d'attente dans le système public

**A**u Canada et partout au monde, les systèmes de services de santé publics continuent d'être aux prises avec le problème des longs temps d'attente pour certains traitements. Les personnes déjà malades et souffrantes s'en inquiètent, craignant de ne pouvoir recevoir les services dont elles ont besoin. En outre, lorsque les médias en parlent, les Canadiens commencent à douter de la qualité de leurs systèmes de santé.

Pour répondre aux attentes du public, les décideurs fédéraux et provinciaux promettent de se pencher sur le problème des temps d'attente, mais ils doivent faire face à un grand nombre de propositions contradictoires. Celle qui revient le plus souvent est de permettre, simultanément à l'exploitation du système public, l'exploitation d'un système parallèle dans lequel des établissements privés offrent des services aux patients qui ont les moyens de payer. Les défenseurs de ce système affirment que les dépenses privées permettront d'augmenter le capital total disponible pour les services de santé et réduiront les temps d'attente dans le système public et que, par conséquent, tout le monde recevra des traitements plus rapidement.

Selon eux, le Canada est l'un des derniers pays à refuser de suivre l'évolution logique vers un système mixte. Ils affirment que ce n'est qu'une question de temps avant que le Canada ne comprenne que c'est la solution et qu'il ne se mette aussi de la partie.

### Le problème des temps d'attente

Le Canada a encore beaucoup de chemin à parcourir pour résoudre le problème des temps d'attente, et il doit d'abord comprendre la situation. Pour réduire les temps d'attente, nous devons savoir combien de personnes sont en attente de soins, depuis combien de temps et quels sont les traitements pour lesquels les temps d'attente sont les plus longs. La plupart des établissements et fournisseurs de services de santé établissent leurs propres listes, mais les

pouvoirs publics ont négligé, jusqu'à ce jour, de fournir des renseignements suffisamment coordonnés ou centralisés et, par conséquent, personne ne sait combien de

personnes au pays, ni même dans une province, attendent un certain traitement. Il n'est pas possible non plus de transférer les patients dans une autre région ayant des listes d'attente plus courtes<sup>i</sup>, bien que plusieurs provinces cherchent une solution à ce problème<sup>ii, iii, iv</sup>.

Il n'y a pas de consensus sur la définition du début de la période d'attente pour un traitement. D'aucuns prétendent qu'elle commence lorsque le médecin achemine les patients vers un spécialiste. D'autres disent qu'elle commence lorsque le spécialiste décide qu'il faut traiter le patient. D'autres encore affirment qu'elle commence au moment où les patients sont inscrits sur les listes d'attente des hôpitaux<sup>v</sup>. Puisqu'il n'y a pas de consensus, on utilise différentes méthodes pour définir les temps d'attente. Par exemple, l'Institut Fraser se réfère au jugement des médecins à partir du moment où ceux-ci recommandent un patient à un spécialiste jusqu'au moment où le traitement est reçu<sup>vi</sup>. En revanche, les analyses provinciales des données sur les temps d'attente démontrent qu'ils ne sont pas aussi longs que ne le pensent les médecins<sup>vii</sup>.

### Autres données défavorables à un système privé parallèle

Tous les problèmes administratifs cachent une vérité plus grande : les systèmes privés parallèles ne réduisent pas les temps d'attente dans les





établissements publics. En réalité, les recherches démontrent qu'ils semblent les augmenter.

Une étude récente sur les répercussions que le financement privé a sur les systèmes de services de santé publics a démontré que les pays qui ont adopté des systèmes parallèles publics et privés ont des temps d'attente très longs. Par exemple, en Angleterre et en Nouvelle-Zélande, où il existe des systèmes privés parallèles, les temps et les listes d'attente du système public semblent être plus longs que ceux des pays qui utilisent un seul système, comme le Canada<sup>viii</sup>.

Les temps d'attente en Angleterre et en Nouvelle-Zélande sont aussi supérieurs à ceux des pays, comme les Pays-Bas, qui ont un système distinct d'hôpitaux privés pour les citoyens plus riches qui ne sont pas admissibles au système public<sup>viii</sup>.

Les chercheurs ont aussi examiné la variation des temps d'attente au sein d'un même pays selon la coexistence de systèmes de services de santé publics et privés. Des études faites en Australie et en Angleterre ont démontré que les temps d'attente des patients des hôpitaux publics sont plus longs dans les régions qui fournissent davantage de services de santé privés<sup>ix, x</sup>.

Cela confirme des données provenant du Manitoba où, jusqu'en 1999, les patients payaient des frais d'établissement supplémentaires ou des frais « de fournitures médicales » lorsqu'ils décidaient de subir une chirurgie de la cataracte dans un établissement privé (le régime de services de santé provincial payait l'intervention chirurgicale). Les chercheurs du Manitoba ont constaté qu'en 1998-1999, l'attente moyenne pour un chirurgien exerçant *uniquement* dans le secteur public était d'environ dix semaines, alors qu'elle était d'environ 26 semaines pour un médecin pratiquant à la fois dans le système public *et* privé<sup>vii</sup>.

Un dernier problème a trait au fait que, dans les systèmes privés parallèles, on peut être tenté de « sélectionner minutieusement » les patients plus jeunes et en meilleure santé qui ont besoin de traitements plus simples ou moins chers et de laisser au système public les cas les plus lourds ayant besoin de traitements complexes et coûteux<sup>xi, xii</sup>. En Australie, en dépit de l'adoption de règlements conçus pour éviter que les patients plus âgés paient automatiquement plus cher, les jeunes paient des primes d'assurance privée moins élevées<sup>xiii</sup>. L'assurance privée est utilisée surtout pour les traitements non urgents; en Australie, en 2001-2002, seulement huit pour cent des admissions aux hôpitaux privés concernaient des cas urgents par rapport à 42 pour cent pour les hôpitaux publics<sup>xiii</sup>.

### Le problème des ressources insuffisantes

La somme impressionnante des données probantes militant contre un système privé parallèle met en évidence les lacunes logiques des arguments favorables à un tel système. En premier lieu, puisque les praticiens de la santé ne peuvent se trouver à plusieurs endroits simultanément, la création d'un

système privé parallèle encourage les médecins et les infirmières à quitter les hôpitaux publics<sup>i</sup>. Étant donné que la plupart des personnes considèrent que le nombre de médecins et d'infirmières est insuffisant, il est difficile de comprendre comment l'exode vers les établissements privés peut réduire les temps d'attente dans le système public<sup>i</sup>. En second lieu, puisque le secteur privé offre des salaires plus élevés, les médecins ont intérêt à maintenir des longues listes d'attente dans le secteur public afin d'encourager les patients à utiliser les établissements privés, ce que les économistes appellent un « effet pervers »<sup>ix</sup>.

Un système privé parallèle peut offrir des services plus rapidement seulement à ceux qui ont les moyens de payer. Toutefois, il compromet l'accès aux services pour les personnes qui attendent des traitements dans le système public et va à l'encontre d'une des caractéristiques fondamentales du système de santé public dont les Canadiens sont fiers : que les citoyens doivent recevoir des services en fonction de leurs besoins, et non de leurs moyens financiers<sup>xiv</sup>.

### Références

- i. Sanmartin C et al. 2000. « Waiting for medical services in Canada: lots of heat, but little light. » *Canadian Medical Association Journal*; 162(9): 1305-1310.
- ii. Cardiac Care Network of Ontario. 2005. « About CCN. » <http://www.ccn.on.ca/mission.html>.
- iii. Saskatchewan Surgical Care Network. 2005. « About SSCN. » <http://www.sasksurgery.ca/about-sscn.html>.
- iv. Western Canada Waiting List Project. 2005. « About WCWL. » <http://www.wcwl.ca/about/synopsis/>.
- v. Sanmartin C. 2003. « Toward Standard Definitions for Waiting Times. » *Healthcare Management Forum*; Summer: 49-53.
- vi. Esmail N and M Walker. 2004. « Waiting your turn: Hospital waiting lists in Canada (14th edition) » <http://www.fraserinstitute.ca/shared/readmore.asp?sNav=pb&id=705>.
- vii. DeCoster C et al. 2000. *Waiting Times for Surgery: 1997/98 and 1998/99 Update*. Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation. <http://www.umanitoba.ca/centres/mchp/reports/pdfs/waits2.pdf>.
- viii. Hughes Tuohy C et al. 2004. « How does private financing affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD nations. » *Journal of Health Politics, Policy and Law*; 29(3): 359-396.
- ix. Duckett SJ. 2005. « Private care and public waiting. » *Australian Health Review*; 29(1): 87-93.
- x. Besley T et al. 1998. « Public and private health insurance in the UK. » *European Economic Review*; 42(3-5): 491-497.
- xi. Schokkaert E and C Van de Voorde. 2003. « Belgium: risk adjustment and financial responsibility in a centralised system. » *Health Policy*; 65(1): 5-19.
- xii. Gonzalez P. 2004. « On a policy of transferring public patients to private practice. » *Health Economics*; online pre-publication October 20.
- xiii. Vaithianathan R. 2004. « A critique of the private health insurance regulations. » *Australian Economic Review*; 37(3): 257-70.
- xiv. Abelson J et al. 2004. « Canadians confront health care reform. » *Health Affairs*; 23(3): 186-193.