

Le remède n'est ni un système à but lucratif ni un système à deux vitesses

La décision de la Cour suprême c. la Preuve

La Cour suprême du Canada a décidé le 9 juin par une mince majorité que l'interdiction par le Québec de se procurer de l'assurance privée pour remplacer les services de santé publics violait la Charte des droits et libertés de la personne du Québec. L'argument de la majorité était que la qualité des services de santé du régime public du Québec et le temps requis pour les obtenir faisaient en sorte que les temps d'attente affectaient le droit à la vie et à l'inviolabilité personnelle.

Est-ce qu'un système de santé à deux vitesses réduirait les listes d'attente au Canada?

Non. Les systèmes privés parallèles ne réduisent pas les listes d'attentes du système public. En fait, les preuves recueillies démontrent qu'ils allongent les temps d'attente des systèmes de santé publics. Les pays qui ont un système de santé public et des régimes privés parallèles ont les plus longs temps d'attente. Par exemple, en Angleterre et en Nouvelle-Zélande, dotés de régimes hospitaliers privés parallèles, plus de gens sont sur les listes d'attente du système public et ils attendent plus longtemps que ceux qui vivent dans les pays qui ont un régime à un seul payeur, comme le Canada.

Au Manitoba, au cours d'une période où la chirurgie de la cataracte était offerte sur une base privée, les temps d'attente étaient moins longs pour les services privés (environ quatre semaines), plus longs pour les services offerts par les chirurgiens qui pratiquaient seulement dans le secteur public (dix semaines), mais les plus longs de tous (23 semaines) étaient pour les services publics offerts par les chirurgiens qui pratiquaient dans les deux secteurs.

En bout de ligne, les systèmes à deux vitesses réduisent les listes d'attente pour les bien nantis et les allongent pour tous les autres. Cela est inévitable parce le palier privé supérieur du système attirera les médecins, les infirmières et les autres professionnels de la santé. Soit qu'ils opteront de sortir du régime public et pratiqueront exclusivement au palier privé ou, si les provinces le permettent, ils continueront de travailler en vertu du régime de santé public mais y passeront moins de temps pour répondre rapidement aux demandes de leurs patients « privés » qui payent plus pour leurs services en puisant dans leur poche ou grâce à un régime d'assurance privé. Si la liste diminue à un endroit, il faut qu'elle s'allonge ailleurs.

Quel genre de services un système privé couvrira-t-il?

Le genre qui lui fera faire de l'argent. Dans les systèmes à deux vitesses (où les régimes d'assurance privés couvrent des services censés être offerts par le système public, l'assurance privée ne touche pas aux ronds chauds comme les soins oncologiques et les traitements des maladies du cœur. Elle couvre les procédures relativement faciles, à haut volume. Les régimes d'assurance privés dans les systèmes à deux vitesses couvriront habituellement seulement les procédures plus intensives lorsque la loi les obligera à le faire, ou si le gouvernement finance à profusion le secteur des régimes d'assurance santé privés, ou les deux.

Un système à but lucratif n'offrirait-il pas des soins de meilleure qualité et plus à point nommé?

Non, le profit n'est pas le remède. À propos des coûts relatifs de la médecine à but lucratif, le New England Journal of Medicine rapporte qu'il ne ressort d'aucune étude examinée que les hôpitaux à but lucratif coûtent moins cher que les hôpitaux sans but lucratif. Et il faut savoir que les hôpitaux à but lucratif dépensent moins en personnel, qu'ils évitent d'offrir des soins caritatifs et qu'ils donnent leur congé aux patients plus rapidement, mais qu'ils dépensent plus pour l'administration, le marketing, les services additionnels et la rémunération des cadres; ils doivent également remettre des profits aux actionnaires. Selon un article de The Canadian Medical Association Journal, les hôpitaux privés à but lucratif rendent le coût des soins de santé plus élevé que les hôpitaux privés sans but lucratif. Les auteurs rapportent que la preuve soutient fortement une politique de soins de santé sans but lucratif au niveau hospitalier.

Qualité des soins : Si les soins de santé à but lucratif ne sont pas plus efficaces, n'y a-t-il pas lieu alors de se demander si le service qui coûte plus cher en vaut la peine? Les chercheurs du American Medical Association Journal ont conclu que par rapport aux organisations de soins de santé intégrés (HMO) sans but lucratif, les régimes privés à but lucratif avaient des taux moins élevés pour les 14 indicateurs de la qualité des soins dans une palette de soins aussi variée que le traitement des maladies cardiaques, celui du diabète et les examens de la vue. The Canadian Medical Association Journal publie que les taux de mortalité ajustés en fonction des risques sont plus élevés parmi les patients soignés dans les hôpitaux privés à but lucratif que parmi les patients des hôpitaux privés sans but lucratif.

Accès : Un éditorial du New England Journal of Medicine fait valoir que la médecine à but lucratif ne fournira jamais assez de soins aux pauvres et à ceux qui ne sont pas assurés. La médecine à but lucratif peut raccourcir les vies mais non les temps d'attente.

Y a-t-il une meilleure idée qu'un système à deux vitesses pour traiter avec les listes d'attente?

Il y a des patients inscrits sur plus d'une liste d'attente au Canada et beaucoup d'autres dont ce n'est pas du tout la place parce que la chirurgie n'est pas la meilleure option pour eux. Il est possible de réduire les listes d'attente sans dépenser plus d'argent au Canada en élaborant une liste centralisée, en réglementant qui peut réellement être inscrit sur cette liste et en assurant la coordination entre les médecins et les hôpitaux pour que les patients puissent être vus par le prochain chirurgien disponible. Sauf dans le cas de certaines listes de soins pour les maladies cardiaques et de soins oncologiques, cela n'existe pratiquement pas au Canada.

Les coûts des hôpitaux et des médecins comme proportion des dépenses en santé diminuent depuis des années au Canada. L'introduction et l'utilisation des médicaments brevetés qui coûtent plus cher est une des raisons principales de l'augmentation des dépenses en santé. Il apparaît que la plupart de ces médicaments qui coûtent plus cher ne semblent pas cliniquement supérieurs aux médicaments d'avant qui coûtaient moins cher. S'il faut plus de ressources pour traiter des listes d'attente qui ne disparaissent pas, il faut penser qu'il s'agit là d'un gaspillage qu'il serait possible d'éviter.

Le Docteur Robert Chernomas, Ph.D enseigne au département d'économie de l'Université du Manitoba et fait partie du conseil d'administration du Conseil des Canadiens.