

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

Initialement publié en mars 2002

Revu et augmenté en mars 2004



À bas les mythes : les établissements à but lucratif rendraient le système de santé plus efficace

L'engorgement des urgences et les listes d'attente sont des faits souvent cités comme preuves que le système de santé bat de l'aile, et à plus forte raison le système public. Les patients et les cliniciens qui connaissent ces frustrations croient souvent que pour avoir un système plus efficace, il faudrait permettre aux compagnies payantes d'y jouer un plus grand rôle. L'efficacité du secteur privé et le souci de la rentabilité constitueraient, pense-t-on, le remède.

Est-ce vraiment la solution? Si les enthousiastes affirment que des établissements payants offriraient des services plus efficaces et à moindre coût, la grande majorité des études atteste exactement le contraire. La recherche révèle en effet que les contrats avec des établissements payants ne raccourcissent pas les listes d'attente et ne réduisent pas les frais. La documentation américaine montre aussi que les patients qui se font soigner dans des établissements payants sont plus exposés à mourir que ceux qui fréquentent les établissements ordinaires.

Fonds publics, prestation privée

La plupart des données découlant de l'examen des soins de santé payants viennent des États-Unis, où il y a un mélange d'hôpitaux privés payants et non payants et d'hôpitaux publics. Ces données penchent fortement en faveur des soins gratuits.

Un examen récent de 149 études et de données cliniques sur 20 ans ont déterminé l'efficacité de ces établissements les uns par rapport aux autres, sous l'angle de l'accès, de la qualité et de la rentabilité. Les chercheurs se sont intéressés à six types d'établissements : hôpitaux, foyers d'ânés, organisations de soins intégrés (ou HMO), hospices, centres de dialyse et hôpitaux psychiatriques. En résumé, 88 études ont conclu que les centres sans but lucratif ont un meilleur rendement, alors que



43 ont conclu à un rendement égal. Seulement 18 études ont constaté la supériorité des centres payants.ⁱ Les différences sont particulièrement claires dans le cas des hôpitaux psychiatriques : sur 17 études, une seule a conclu que les établissements payants étaient plus efficaces.ⁱⁱ

Les chercheurs américains ont aussi examiné ce qui arrive quand les gouvernements paient les hôpitaux à but lucratif pour qu'ils offrent des services médicaux. À partir de données du programme fédéral de régime de santé, ils ont découvert que les dépenses dans le secteur de la santé augmentaient plus vite dans les collectivités desservies par des hôpitaux payants que dans celles desservies par les hôpitaux gratuits.ⁱⁱⁱ Entre 1990 et 1994, les hôpitaux payants faisaient payer en gros 8 115 \$ pour chaque patient hospitalisé, alors que les hôpitaux non payants facturaient 7 490 \$. En outre, les établissements payants ont dépensé beaucoup plus en frais administratifs pour chaque jour-patient.^{iv}

Dans certains cas, les patients paient même de leur santé. La recherche révèle effectivement qu'aux États-Unis la qualité des soins est meilleure dans le système gratuit, qui enregistre de meilleurs taux d'immunisation, de mammographie et d'autres services préventifs.^v Un bon exemple est celui de la dialyse et des greffes de rein, qui sont financées par l'assurance médicale mais effectuées par des centres



de dialyse payants et non payants. Un récent examen systématique qui a suivi 500 000 patients en dialyse pendant un an a montré que les patients traités dans des centres payants avaient plus de chances de mourir que ceux qui étaient traités dans les centres gratuits. En étendant cette donnée à tous les Américains dialysés, cela signifie que jusqu'à 2 500 décès prématurés pourraient être dûs au traitement dans des centres payants.^{vi} Par ailleurs, les personnes traitées dans des cliniques payantes courent moins de risques de devoir subir une greffe de rein.^{vii}

Bien que les preuves cliniques augmentent sans cesse, certains chercheurs au Canada continuent à remettre en question la pertinence de ces données américaines pour les politiques canadiennes, en raison des différences entre les deux systèmes au niveau de l'acquisition, du financement et de la prestation des soins.^{viii} Par contre, comme les preuves en faveur des soins gratuits s'étalent sur près de deux décennies et que le secteur américain des soins payants a subi de nombreux changements dans son mode de prestation durant cette période, il apparaît que les soins payants mènent à un plus fort taux de mortalité peu importe le genre d'administration.^{ix}

Un système mixte

Les partisans des soins de santé payants accusent souvent le Canada d'avoir un système « à payer unique » hostile aux intérêts d'un système payant. Toutefois, il existe déjà des établissements payants au Canada – centres de diagnostic, laboratoires et autres services privés – qui, a-t-on affirmé, réduiraient les temps d'attente.

Certaines provinces permettent à leur personnel, notamment aux médecins, de travailler dans les deux systèmes, public et privé. Le Manitoba et l'Alberta, par exemple, possèdent un système mixte dans lequel les opérations de la cataracte peuvent être effectuées par des établissements publics ou privés. Et dans les deux provinces, les patients ont dû déboursier davantage pour des lunettes haut de gamme et certains frais d'hospitalisation, au point que les gouvernements ont voté des lois pour mettre un terme à la surfacturation. Maintenant, les régimes de santé de ces provinces assument la totalité des coûts des soins.^{x-xii}

Le mélange de prestations pose un problème : il risque de détourner les ressources du système public vers un système privé. Comme les médecins et les infirmières ne peuvent être à deux endroits

en même temps, plus ils offriront leurs services au secteur payant, moins ils pourront les offrir au secteur public.^{xiii} Cela peut rallonger encore les listes d'attente pour les patients du système public. En effet, même si les chirurgiens de la cataracte en Alberta et au Manitoba ne négligent pas leurs patients du secteur public au profit de ceux du secteur privé, les temps d'attente pour opérer la cataracte sont plus longs pour les chirurgiens public-privé que pour ceux qui travaillent seulement dans le système public.^{x-xii}

Si les cliniques payantes ont pour vocation de soigner les malades, les personnes qui les possèdent et les exploitent doivent aussi réaliser des profits. Ces buts peuvent entrer en conflit, parfois même au détriment des patients. Comme le déclare Robert Evans, économiste de la santé à l'Université de la Colombie-Britannique, « le souci de la rentabilité est le même partout. »^{xiii}

- i. Vaillancourt Rosenau P and Linder SH. 2003. "Two decades of research comparing for-profit and nonprofit health provider performance in the United States." *Social Science Quarterly*; 84(2): 219-241.
- ii. Vaillancourt Rosenau P and Linder SH. 2003. "A comparison of the performance of for-profit and nonprofit U.S. psychiatric inpatient care providers since 1980." *Psychiatric Services*; 54(2): 183-187.
- iii. Silverman EM et al. 1999. "The association between for-profit hospital ownership and increased Medicare spending." *New England Journal of Medicine*; 341(6): 1523-1528.
- iv. Woolhandler S and Himmelstein DU. 1997. "Costs of care and administration at for-profit and other hospitals in the United States." *New England Journal of Medicine*; 336(11): 769-774.
- v. Himmelstein DU et al. 1999. "Quality of care in investor-owned vs. non-profit HMOs." *Journal of the American Medical Association*; 282(2): 159-163.
- vi. Devereaux PJ et al. 2002. "Comparison of mortality between private for-profit and private not-for-profit hemodialysis centers: a systematic review and meta-analysis." *Journal of the American Medical Association*; 288(19): 2449-2457.
- vii. Garg PP et al. 1999. "Effect of the ownership of dialysis facilities on patients' survival and referral for transplantation." *New England Journal of Medicine*; 341(22): 1653-1660.
- viii. Currie G et al. 2003. "What does Canada profit from the for-profit debate in health care?" *Canadian Public Policy*; 29(2): 227-251.
- ix. Devereaux PJ et al. 2002. "A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals." *Canadian Medical Association Journal*; 166(11): 1399-1406.
- x. Armstrong WL. 2000. "The consumer experience with cataract surgery and private clinics in Alberta." *Consumers' Association of Canada*.
- xi. DeCoster C et al. 1998. "Surgical waiting times in Manitoba." *Manitoba Centre for Health Policy*.
- xii. DeCoster C et al. 2000. "Waiting times for surgery: 1997/98 and 1998/99 Update." *Manitoba Centre for Health Policy*.
- xiii. Evans RG et al. 2000. "Private highway, one-way street: the Decline and fall of Canadian medicare?" *Centre for Health Services and Policy Research; Health Policy Research Unit paper 2000:3D*.