



Nurses for Medicare
*Les infirmières et infirmiers
pour l'assurance-maladie*

FICHE D'INFORMATION SUR LA PRIVATISATION

Quel est l'effet de la privatisation sur les temps d'attente?

Les soins de santé privés ne réduisent pas les temps d'attente. Une étude portant sur cinq pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a révélé que les temps d'attente dans le secteur public sont plus longs en Grande-Bretagne et en Nouvelle-Zélande (pays comptant des systèmes privé et public) que dans les pays qui offrent seulement des services publics (Tuohy et coll., 2004). Une analyse du système de santé en Australie a révélé que plus on offre de services dans le secteur privé, plus les temps d'attente sont longs dans le secteur public (Duckett, 2005a; Duckett, 2005b).

Quel est l'effet de la privatisation sur l'accès aux soins de santé?

Il y a une inégalité d'accès aux soins dans les systèmes de santé à but lucratif et ce sont les personnes les moins bien nanties qui sont les plus désavantagées. Des études réalisées aux États-Unis, en France et en Suède ont toutes démontré que les frais dissuadent les gens d'obtenir les soins dont ils ont besoin (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2001; Dhalla, 2007; Rachlis, 2005). L'expérience que l'Australie a des systèmes de santé tant privés que publics a démontré que les personnes qui peuvent payer ont accès aux soins plus rapidement que celles qui n'en ont pas les moyens (Duckett, 2005a).

Comment la privatisation affecte-t-elle la qualité des soins?

Dans les études comparant des soins de santé à but lucratif et sans but lucratif, on a constaté que des effectifs moins nombreux, des résultats moins bons pour la santé et des taux de mortalité plus élevés chez les patients caractérisaient les soins de santé à but lucratif (Devereaux et coll., 2002; McGregor et coll., 2005, 2006; Rachlis, 2005). Dans les établissements de soins de longue durée, on accorde moins d'heures de soins aux résidents et le nombre d'admissions est plus élevé dans les établissements à but lucratif que dans les établissements sans but lucratif (McGregor et coll., 2005, 2006). Des études sur les soins hospitaliers démontrent que dans les établissements à but lucratif le taux de mortalité est plus élevé de 2 % chez les adultes et de 10 % chez les nouveau-nés que dans les établissements sans but lucratif (Devereaux et coll., 2002).

Quels sont les coûts d'un système de santé privé?

La privatisation ne réduit pas les coûts. Le Canada consacre 10 % de son produit intérieur brut (PIB) aux soins de santé financés par le secteur public, tandis que les États-Unis en consacrent 15 % – plus que tout autre pays – aux soins de santé privés, laissant pour compte des millions de personnes sans assurance ou mal assurés (National Coalition on Health Care, 2008; OCDE, 2008). En Australie, où le recours à l'assurance privée a augmenté, les coûts des soins de santé n'ont pas

diminué. En fait, comme l'indique Dhalla (2007) en se référant à l'OCDE (2005), « le total des dépenses de santé a augmenté plus rapidement que dans la plupart des autres pays avancés sur le plan économique ». Les systèmes privés doivent faire des profits et ont des coûts administratifs plus élevés; cet argent en plus pourrait être consacré au soin des patients dans le système public (Rachlis, 2005; Devereaux et coll., 2004).

Il y a de meilleures solutions pour un système de santé canadien viable qui reflète les besoins du Canada.

Il faut améliorer le système de santé pour le rendre plus viable, mais ces améliorations doivent se faire dans le contexte du financement public.

- La réforme du système de santé oblige à rendre davantage compte des budgets de la santé – autrement dit, à présenter des analyses de rentabilisation plus solides pour justifier les dépenses, et à mettre davantage l'accent sur les résultats.
- Les nouveaux modèles de soins fondés sur une stratégie d'équipes multidisciplinaires peuvent améliorer l'accès aux soins et le déploiement des ressources humaines existantes. La Régie régionale de la santé Capital à Halifax a lancé un nouveau programme consistant à utiliser une équipe d'infirmières et de médecins rémunérés à l'acte qui travaillent en collaboration. Après six mois, les équipes ont calculé que le nombre de rendez-vous donnés à des patients avait augmenté de 52 % par heure et que le temps d'attente pour le rendez-vous suivant avait été ramené à un jour (le lendemain) alors qu'il était auparavant d'une à deux semaines (Smith, 2007). L'Institut de la santé des os et des articulations de l'Alberta suit une « nouvelle approche de l'arthroplastie de la hanche et du genou » qui a ramené de 290 à 37 jours ouvrables les temps d'attente moyens entre la consultation et l'intervention chirurgicale, le tout dans le système financé par le secteur public (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2008).
- Une adaptation plus généralisée de la théorie des files d'attente dans le système de santé augmenterait le débit et réduirait les temps d'attente. On a utilisé partout dans le monde la théorie des files d'attente dans les établissements pour patients hospitalisés, les cliniques externes, les cabinets de consultation, les unités de santé publique, les services de planification des installations et des ressources, les plans de préparation aux interventions d'urgence, les soins en santé mentale, les soins de longue durée, les services de pharmacie et le contrôle des inventaires (Singh, 2006). La Clinique communautaire de Saskatoon utilise le modèle des files d'attente à « accès amélioré » qui a ramené les temps d'attente de 36 jours pour un examen médical complet ou de huit jours pour un rendez-vous régulier à deux jours pour la plupart des types de rendez-vous (Larson, 2006). Les résultats de sondages récents ont montré que presque 90 % des répondants ont reçu un rendez-vous à la clinique dans le délai demandé (communication privée, Ingrid Larson, 2008). Le Réseau des soins chirurgicaux de la Saskatchewan utilise un registre panprovincial des patients en chirurgie comme élément d'une initiative de réduction des temps d'attente. On a recours à ces deux modèles dans le système financé par le secteur public.



- En accordant une importance accrue aux stratégies qui favorisent les habitudes de vie saines et préviennent les maladies chroniques, on réduira la demande en services de santé. Au Canada, les maladies chroniques ont causé environ 89 % de tous les décès en 2005 et au moins 67 % de tous les coûts directs des soins de santé (Organisation mondiale de la Santé [OMS], s. d.; Conference Board du Canada, 2004). Selon l'OMS (s. d.), « une alimentation saine, l'activité physique régulière et l'évitement des produits du tabac permettraient d'éviter » au moins 80 % des cas de maladie cardiovasculaire prématurée, d'accident vasculaire cérébral et de diabète de type 2 et 40 % des cas de cancer au Canada. Le fait d'investir dans la gestion et la prévention des maladies chroniques au moyen d'une approche fondée sur des pratiques exemplaires, tournée vers la population, axée sur les patients et centrée sur la promotion de la santé comme sur la prévention et la prise en charge des maladies « pourrait produire des économies annuelles de 1,6 milliard de dollars en coûts de soins de santé évités » (Morgan et coll., 2007).
- L'utilisation accrue de technologies innovatrices améliorera les soins de santé et la productivité des effectifs de la santé. River Valley Health, au Nouveau-Brunswick, a intégré la télésanté dans son programme de soins à domicile, ce qui, grâce aux possibilités de surveillance quotidienne, a amélioré la souplesse des soins cliniques: une étude a montré que les admissions à l'hôpital avaient diminué de 85 % et les visites à l'urgence, de 55 % chez les personnes inscrites au programme (Association canadienne de soins et services à domicile, 2006). Les télésoins à domicile, pour reprendre l'expression courante, réduisent la fréquence des visites à domicile que les infirmières doivent faire, ce qui améliore la productivité de ces dernières (Association canadienne de soins et services à domicile, 2008).

Références

Association canadienne de soins et services à domicile. (2006). *Pratiques à forte incidence*. Ottawa : auteur. Extrait le 11 septembre 2008 de www.cdnhomecare.ca/media.php?mid=1694

Association canadienne de soins et services à domicile. (2008). *L'intégration des technologies de l'information et de la communication dans les soins et les services à domicile au Canada : Rapport final*. Ottawa : auteur. Extrait le 10 septembre 2008 de www.cdnhomecare.ca/media.php?mid=1841.

Conference Board du Canada. (2004). *Understanding health care cost drivers and escalators*. Ottawa : auteur.

Devereaux, P.J., Choi, P.T., Lacchetti, C., Weaver, B., Schunemann, H.J., Haines, T., et coll. (2002). A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for profit hospitals. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 166(11), 1399-1406.

Devereaux, P.J., Heels-Ansdell, D., Lacchetti, C., Haines, T., Burns, K.E.A., Cook, D.J., et coll. (2004). Payments for care at private for-profit and private not-for-profit hospitals: A systematic review and meta-analysis. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 170(12), 1817-1824.

Dhalla, I. (2007). Private health insurance: An international overview and consideration for Canada. *Healthcare Quarterly*, 10(4), 89-95.

Duckett, S.J. (2005a). Living in the parallel universe in Australia: public Medicare and private hospitals. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 173, 745-747.

Duckett, S.J. (2005b). Private care and public waiting. *Australian Health Review*, 29(1), 87-93.

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2001). *Mythe : Les frais d'utilisation mettraient fin au gaspillage et garantiraient une meilleure utilisation du système de soins de santé*. Ottawa : auteur.

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2005). *Mythe : Un système privé parallèle réduirait les temps d'attente dans le système public*. Ottawa : auteur.

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2008). *Données à l'appui : Gestion centralisée des temps d'attente en vue d'améliorer l'efficacité*. Ottawa : auteur. Extrait le 23 septembre 2008 de www.chsrf.ca/mythbusters/html/boost13_f.php

Larson, I. (2006). Improved access at the community clinic. Focus: *Saskatoon Community Clinic*, 42(2), 2. Extrait le 9 septembre 2008 de www.saskatooncommunityclinic.ca/pdf/2006-summer-focus.pdf

McGregor, M.J., Cohen, M., McGrail, K., Broemeling, A.M., Adler, R.N., Schulzer, M., Ronald, L., Cvitkovich, Y. et Beck, M. (2005). Staffing levels in not-for-profit and for-profit long-term care facilities: Does type of ownership matter? *Journal de l'Association médicale canadienne*, 172(5), 645-649.

McGregor, M.J., Tate, R.B., McGrail, K., Ronald, L.A., Broemeling, A.M. et Cohen, M. (2006). Care outcomes in long-term care facilities in British Columbia, Canada: Does ownership matter? *Medical Care*, 44(10), 929-935.

Morgan, M.W., Zamora, N.E. et Hindmarsh, M.F. (2007). An inconvenient truth: A sustainable healthcare system requires chronic disease prevention and management transformation. *Health Papers*, 7(4), 6-23.

National Coalition on Health Care. (2008). *Health insurance costs*. Washington, (D. C.) : auteur. Extrait le 9 septembre 2008 de : <http://www.nchc.org/facts/cost.shtml>



Organisation de coopération et de développement économiques. (2005). *Éco-Santé 2005 de l'OCDE : Statistiques et indicateurs pour 30 pays*. Paris : auteur.

Organisation de coopération et de développement économiques. (2008). *Éco-Santé 2008 de l'OCDE. Données fréquemment demandées*. Paris : auteur.

Organisation mondiale de la Santé. (s. d.). *Facing the facts: The impact of chronic disease in Canada*. Extrait le 9 septembre 2008 de www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/impact/en/index.html

Rachlis, M. (2007). *Privatized health care won't deliver*. Toronto : Wellesley Institute.

Singh, V. (2006). *Use of queuing models in health care*. [Communication non publiée.] Disponible à http://works.bepress.com/vikas_singh/4

Smith, Patsy. (2007). *Nursing in your family practice: A program for physicians*. Preliminary qualitative findings. Halifax : Capital Health Primary Care.

Tuohy, C., Flood, C.M. et Stabile, M. (2004).). How does private finance affect public health care systems? Marshalling the evidence from OECD nations. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 29(3), 359-396.