

Mythes et réalités de l'assurance-maladie

Ulli Diemer

Cet article traite du système de santé public canadien. Le principe d'accès gratuit et universel aux soins de santé financés par l'état est la pierre angulaire de l'assurance-maladie au Canada. Comme pour bien d'autres pays, la prestation des soins de santé demeure un sujet controversé alors que les entreprises privées cherchent constamment à infiltrer le secteur public. Cet article a été publié pour la première fois dans le magazine Canadian Dimension en juillet 2012.

L'assurance-maladie est à bien des égards une réussite canadienne. Le système n'est pas parfait : barrières et inégalités continuent indubitablement d'exister. Les personnes pauvres, les autochtones, les travailleurs étrangers temporaires, les immigrants sans papiers font partie des gens qui se heurtent à ces obstacles. Certains soins de santé ne sont pas couverts par le système ou sont sévèrement réduits : soins dentaires, produits pharmaceutiques, physiothérapie, santé mentale.

Mais la plupart des Canadiens peuvent maintenant tenir pour acquis que des soins de santé de haute qualité seront disponibles lorsqu'ils en auront besoin, et sans obstacle d'ordre financier. Dans un pays où nous comparons tout ce que nous faisons avec ce qui se passe aux États-Unis, il est surprenant mais heureux de constater que nous avons conçu un programme de soins de santé qui offre de meilleurs soins, avec de meilleurs résultats, à une proportion beaucoup plus élevée de la population, et à un coût largement inférieur à celui des États-Unis.

Cependant, les médias présentent généralement une histoire bien différente. L'environnement est surchargé de prophéties de malheur et de diverses théories réclamant des changements drastiques. Le système de santé canadien serait hypothétiquement en crise – tout au mieux gravement malade, peut-être même sur son lit de mort. Les revendications portent rarement sur les inégalités et les obstacles à être surmontés - au contraire, il s'agit plutôt de demandes pour un système à deux vitesses qui créerait des inégalités beaucoup plus importantes.

Peu de mystère entoure l'agenda des médias qui s'attaquent à l'assurance-maladie. Il s'agit de cette même doctrine fondamentaliste-capitaliste qui domine la plupart des débats politiques. Cette doctrine qui veut que les corporations détiennent et contrôlent tout de l'existence humaine dans le but de maximiser les profits. Sur les marchés, tout est marchandise, à vendre et à acheter. Tout service fourni sur la base des besoins humains plutôt que du profit est un outrage qui ne peut être toléré.

Cependant, comme l'assurance-maladie est un programme social extrêmement populaire, les médias et les politiciens de droite ont appris qu'il n'était pas judicieux de s'y attaquer directement. Ils propagent plutôt des mythes visant à miner la confiance et le soutien du public envers le système de santé, dans le but de l'affaiblir et de l'abolir progressivement. Certains mythes courants sur les soins de santé sont examinés dans les pages qui suivent.

Mythe n ° 1: les coûts sont hors contrôle.

Réalité: La part de l'économie globale du Canada (PIB) consacrée à l'assurance-maladie est demeurée stable, autour de 4% à 5%, au cours des 40 dernières années. De fait, les coûts ont diminué au cours des dernières années. En 1992, les dépenses liées à l'assurance-maladie représentaient 4,83% du PIB, alors qu'en 2009, ces dépenses étaient réduites à 4,25%.

Ce qui augmente, ce sont les autres dépenses liées à la santé - les dépenses qui ne sont pas couvertes par l'assurance-maladie, plus spécifiquement les produits pharmaceutiques (le prix des médicaments augmente de plus de 7% chaque année), les soins dentaires et les régimes coûteux d'assurance privée.

Plus précisément, les dépenses publiques en matière de santé sont bien maîtrisées alors que les coûts du secteur privé augmentent beaucoup plus rapidement que le taux d'inflation.

Il est vrai que le pourcentage des budgets provinciaux consacrés aux soins de santé a augmenté. Cela n'est cependant pas dû à la hausse des coûts liés aux soins de santé, mais au fait que dans le but de permettre des réductions d'impôt massives pour les riches et les entreprises, les gouvernements ont réduit les dépenses dans d'autres secteurs, tels que les infrastructures, les transports, les municipalités, l'éducation, les arts et les services sociaux. À mesure que les dépenses dans ces secteurs diminuent, les soins de santé occupent une proportion plus importante des budgets gouvernementaux, et ce, même lorsque les dépenses en santé n'augmentent pas.

Mythe n ° 2: Nous ne pouvons nous offrir la « gratuité » du présent système et devons imposer des frais d'utilisation.

Réalité: Logiquement, il est absurde de suggérer que si nous ne pouvons nous permettre quelque chose parce que trop cher, la solution est de le rendre encore plus cher. Les frais d'utilisation ne réduisent pas les coûts, ils les augmentent, notamment en exigeant la création d'une bureaucratie afin de voir à l'administration de la facturation. Mais c'est un tour de passe-passe que les gouvernements adorent: ils vous donnent un rabais de 50 \$, puis vous assènent avec des frais d'utilisation de 500 \$ en espérant que vous ne remarquerez pas que votre situation s'est empirée. Taxes, frais d'utilisation ou primes d'assurance: l'argent sort toujours de votre poche.

La résultante des frais d'utilisation est de créer un système à deux vitesses. Les gens nantis peuvent s'acheter un accès privilégié alors que les moins fortunés sont relégués au bout de la file ou ne reçoivent aucun soin.

Nous l'avons déjà essayé: la Saskatchewan a instauré des frais d'utilisation sous le régime libéral des années 1970, avec pour résultat que les visites médicales des personnes à faible revenu ont diminué de 18%. En dépit de cet état de fait, les coûts ont augmenté globalement en raison des changements dans les «schémas d'utilisation» et de la «combinaison des services». En résumé, les médecins ont maintenu leurs revenus en rappelant les patients plus fortunés pour des visites plus

fréquentes et une plus grande quantité de tests. Finalement, plus d'argent a été dépensé à pourvoir des soins à un moins grand nombre de personnes, alors que les pauvres souffraient davantage de problèmes de santé.

Une conséquence similaire s'est confirmée au sujet des médicaments sur ordonnance. Une étude récente de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes a révélé que 9,6% des patients ne détenant pas d'assurance n'avaient pas fait exécuter leurs ordonnances ou avaient sauté des doses, car ils ne pouvaient payer.

Mythe n ° 3: Les personnes qui abusent des soins de santé sont une des raisons principales de l'augmentation des coûts.

Réalité: Comment une personne procède-t-elle pour «abuser» du système? Y a-t-il beaucoup de gens qui décident délibérément de recevoir des traitements inutiles parce qu'ils apprécient de fréquentes coloscopies ou parce que leur idée du plaisir signifie quelques heures assis dans une salle d'attente? Est-ce qu'un parent inquiet qui emmène un enfant malade aux urgences abuse du système s'il s'avère que l'enfant n'est pas gravement malade? Les patients ne rédigent pas leurs propres ordonnances, ne prennent pas les rendez-vous pour leurs tests ou ne voient pas à leurs chirurgies: les médecins le font. Bien sûr, il y a sans aucun doute quelques toxicomanes qui simulent des symptômes afin de mettre la main sur des analgésiques. C'est loin d'être une situation idéale, mais elle coûte certainement moins de sous au fonds public qu'une demi-douzaine de PDG rassemblés autour d'un coûteux repas afin d'échanger des conseils sur l'évasion fiscale.

Mythe no 4: Les programmes de soins de santé gérés par le gouvernement sont bureaucratiques et inefficaces. La concurrence et l'introduction d'un système d'assurance maladie privé rendraient le système plus efficace.

Réalité: Plusieurs études ont été administrées sur le sujet dans tous les pays (riches) de l'OCDE, et elles ont toutes démontré la même chose: le secteur privé est beaucoup plus bureaucratique et beaucoup moins efficace que le secteur public lorsqu'il s'agit de fournir des soins de santé.

Les États-Unis, qui ont le système de santé le plus privatisé de tous les pays de l'OCDE consacrent un pourcentage beaucoup plus élevé de son PIB aux soins de santé que le Canada. Les coûts administratifs du système de santé américain sont hors norme: beaucoup plus élevés que les coûts liés à l'administration du système public canadien.

Mythe n ° 5: Les soins de santé des Américains sont peut-être plus dispendieux, mais ils sont de meilleure qualité.

Réalité: Les études démontrent qu'en moyenne les Canadiens sont plus susceptibles de recevoir les soins nécessaires et ce, plus rapidement que les Américains. Les Canadiens ont accès à plus de visites médicales par habitant que les Américains, plus d'immunisations, plus d'hospitalisations et plus d'interventions chirurgicales.

Ils sont plus susceptibles d'avoir de meilleurs résultats et d'être satisfaits des soins de santé qu'ils reçoivent.

Avant l'introduction de l'assurance-maladie, la mortalité infantile, la mortalité maternelle et l'espérance de vie étaient plus désastreux au Canada qu'aux États-Unis. Une fois l'assurance-maladie implantée, ces positions se sont inversées : le taux de mortalité infantile au Canada ne représente plus que 75% de celui des États-Unis, tandis que les femmes américaines sont presque deux fois plus susceptibles de mourir pendant l'accouchement que leurs homologues canadiennes. Le Canadien moyen vit maintenant deux ans et demi de plus que l'Américain moyen.

Mythe # 6: Les cliniques privées amélioreront l'accès aux services en allégeant la pression sur le système public.

Réalité: Les cliniques privées réduisent les ressources du système public. Elles offrent aux personnes aisées un accès privilégié aux soins de santé, alors que le public ramasse une bonne proportion de la facture.

Les médecins peuvent gagner considérablement plus en travaillant dans une clinique privée car ils ont accès à des sources de revenus supplémentaires sous la forme d'honoraires versés par leurs patients fortunés, alors qu'ils peuvent entièrement facturer le système public pour leurs interventions. Ainsi, les médecins cherchent à maximiser la consultation d'un plus grand nombre de patients en clinique privée (subventionnée par l'État), tout en minimisant le nombre de patients rencontrés en établissement public. À mesure que les médecins éliminent leurs services, les listes d'attente dans les établissements publics s'allongent et la motivation à rechercher des services dans le secteur privé augmente pour ceux qui peuvent se le permettre.

Cette situation crée un système à deux vitesses. Les personnes aisées ne dépendent plus des établissements publics pour leurs soins de santé, perdent tout intérêt à assurer l'excellence du système public. Ils demandent plutôt que les taxes payées pour entretenir le système public soient réduites, contribuant ainsi à une plus grande dégradation de l'accès et des services.

Mythe n ° 7: Nous pouvons économiser de l'argent en s'appuyant davantage sur les soins de proximité et les soins à domicile, plutôt que les soins hospitaliers.

Réalité: «Soins de proximité» est un euphémisme généralement utilisé pour réduire les coûts en fournissant des soins minimaux, voire inexistantes. Lorsque l'Ontario a fermé des établissements psychiatriques dans les années 1980 afin d'implanter les «soins de proximité» aux patients psychiatriques, ces personnes ont simplement été larguées à la rue sans aucun arrangement pour un logement convenable ou des services de soutien.

Lorsqu'il s'agit de frêles personnes âgées et de personnes souffrant de handicaps physiques et mentaux, les «soins de proximité» sont une manière polie de dire que

les familles (en particulier les femmes) auront à dispenser des soins gratuitement parce que le système de santé ne le fera pas.

Les véritables soins de proximité sont une bonne chose, mais ils ne sont pas bon marché. Les soins à domicile ou de proximité sont parfois préférables, mais il n'existe aucune preuve convaincante que ces soins soient moins chers lorsque fournis par des professionnels qualifiés. Ils peuvent même s'avérer plus dispendieux.

Mythe n ° 8: En lieu et place de notre système actuel de «traitements des maladies», nous devrions passer à un système qui met l'accent sur la prévention et le «bien-être».

Réalité: La prévention est une bonne chose, mais elle s'affiche particulièrement à l'extérieur du système de santé. À l'exception de certaines procédures standardisées telles que les examens prénataux, les vaccins, les examens de la vue, les tests Pap, la surveillance de la pression artérielle, etc., la plupart des éléments qui contribuent à une meilleure santé à long terme ne peuvent être obtenues dans une clinique ou un cabinet de médecin. Cependant, la maladie est l'apanage de tous, prévention ou pas, et nous avons tous besoin de soins. Prétendre que les besoins en soins de santé peuvent être évités peut seulement profiter aux gens qui veulent saper le système de santé public.

Les principales caractéristiques des maladies ont été établies par un certain nombre d'études épidémiologiques. En font partie : une mauvaise nutrition, en particulier l'alimentation maternelle, le chômage, la pauvreté, un logement inadéquat, l'impuissance et le stress familial. La société doit s'attaquer à ces problèmes, mais pas en retirant l'argent des soins de santé.

Mythe n ° 9: Votre santé est votre responsabilité.

Réalité: Évidemment. Voici quelques conseils pratiques: Mangez beaucoup de légumes et de fruits. Faites de l'exercice. Ne fumez pas. Ne mangez pas trop d'aliments gras et salés.

Oh, oui ! Et pendant que vous y êtes: assurez-vous de ne pas choisir des parents pauvres ou sans emploi ou mal logés. Évitez de naître avec la peau foncée ou dans une communauté autochtone. Éloignez-vous des planètes où les produits chimiques cancérigènes saturent votre milieu de travail, votre nourriture, votre eau et l'air que vous respirez.

Le problème est que souvent les bons conseils pour une vie saine servent parfois à blâmer les gens lorsqu'ils sont malades. Et peuvent même suggérer que les gens qui font de mauvais choix, comme fumer, être en surpoids ou pauvres, ne méritent pas de soins de santé.

Mythe n ° 10 : Il n'y a pas d'argent. Les gouvernements ne peuvent plus se permettre de fournir des soins médicaux de haute qualité à tous les Canadiens.

Réalité: Notre société est plus riche qu'en n'importe quelle autre période de l'histoire. En plus de la richesse matérielle, nous avons un grand nombre de personnes - des personnes ayant des compétences, de l'énergie et des idées - qui sont au chômage ou sous-employées parce que l'économie capitaliste n'en a pas «besoin». Si nous le décidions, nous pourrions employer ces personnes et cette richesse, non seulement pour fournir de meilleurs soins de santé, mais aussi pour fournir logement, éducation et mille autres «biens» socialement inestimables. Au lieu de cela, la richesse est de plus en plus concentrée entre les mains d'un petit nombre de personnes. Nous pouvons changer. Ce serait la chose saine à faire.

Ulli Diemer est un éditeur, écrivain et archiviste canadien.