

à bas les mythes

UTILISATION DE DONNÉES PROBANTES POUR DÉMYSTIFIER
DE FAUSSES CROYANCES COURANTES PAR RAPPORT AUX
SERVICES DE SANTÉ AU CANADA

LA FIN D'UN MYTHE - MAI 2011

MYTHE : L'ASSURANCE-MALADIE COUVRE TOUS LES SERVICES DE SANTÉ NÉCESSAIRES

Le système public de santé au Canada est devenu en quelque sorte un symbole pancanadien¹. Lorsqu'on demande aux Canadiens de parler de leur système de santé, ils répondent fièrement qu'ils considèrent les services de santé comme un bien collectif qui ne devrait pas être fourni selon la capacité de payer.

En réalité, le Canada présente un ratio de 70/30 au chapitre des services de santé publics et privés, et la proportion de services exclus du système public semble à la hausse². De plus, d'autres pays consacrent jusqu'à 90 p. 100 des deniers publics aux services de santé. Notre système reflète-t-il donc vraiment nos valeurs fondamentales?

SERVICES COUVERTS, SERVICES NON COUVERTS

L'emplacement et le fournisseur sont les facteurs qui déterminent si un service de santé est couvert par l'assurance maladie ou non. Un service peut être couvert par le régime public d'une province et être exclu d'un autre régime provincial. Dans le même ordre d'idées, les services fournis par un hôpital pourraient ne pas être couverts s'ils sont dispensés en milieu communautaire ou à domicile, et les services médicaux facturables à la province pourraient ne pas l'être s'ils sont offerts par certains professionnels de la santé, comme les psychologues.

Les dispositions législatives sur l'assurance maladie sont énoncées dans la *Loi canadienne sur la santé*³ (LCS). Afin de recevoir les contributions fédérales à leurs programmes de santé, les gouvernements provinciaux doivent se conformer aux exigences minimales de la Loi, ce qui comprend la couverture, à partir du premier dollar, de tous les services médicaux et hospitaliers « médicalement nécessaires⁴ ». La définition de nécessité médicale laisse assez de place à l'interprétation pour permettre à chaque province ou territoire de répondre aux besoins propres à sa population. Toutefois, il est généralement admis que certains services de santé essentiels – tels que l'appendicectomie – sont « médicalement nécessaires » et que d'autres ne le sont pas (par exemple, le redrapage du visage et du cou et la plastie abdominale). Il est important de préciser que la LCS établit les exigences minimales; les gouvernements provinciaux peuvent décider de couvrir un nombre accru de services, à leur discrétion.

De plus, il existe des services de santé et de bien-être jugés nécessaires que les provinces ne sont pas tenues de couvrir en vertu de la LCS pour éviter la réduction des paiements de transfert en matière de santé (par exemple, les services dentaires courants). Cela ne constitue pas une violation de la loi, car la LCS impose uniquement la couverture des services médicaux et



hospitaliers médicalement nécessaires. Tous les autres services (peu importe leur nécessité médicale) doivent faire l'objet d'un financement privé (une franchise ou une quote-part est parfois exigée), à moins que la province ne décide de fournir une couverture accrue. Dans la plupart des cas, il s'agit de services offerts à l'extérieur de l'hôpital par des professionnels de la santé non-médecins.

HORS DES HÔPITAUX, IL FAUT PAYER DE SA POCHE

Les hôpitaux représentent environ 30 p. 100 de la facture totale des services de santé, un pourcentage qui a diminué au cours des dernières décennies⁵. La couverture des services fournis hors des hôpitaux est variable, surtout en ce qui a trait aux services fournis par des professionnels de la santé autres que les médecins. Les défenseurs de l'intégration des services de santé soutiennent que la couverture devrait être établie en fonction des services, peu importe où ils sont offerts. Sinon, la « privatisation passive » du financement de la santé se poursuivra, les nouvelles technologies permettant la prestation d'un nombre accru de services communautaires ou à domicile plutôt qu'en milieu hospitalier⁶.

Les services dentaires en sont un exemple classique; en effet, 94 p. 100 de ces services sont payés par les consommateurs ou les assureurs privés⁷. Par conséquent, l'utilisation des

services dentaires augmente selon la capacité de payer et non en fonction de la nécessité médicale, si bien qu'il est difficile pour les personnes sans assurances ou moyens financiers adéquats de passer un examen préventif tous les six mois tel qu'il est recommandé. Bien qu'elles puissent être admises à l'hôpital pour une urgence bucco-dentaire, ces personnes ne reçoivent généralement que des analgésiques et des antibiotiques qui ne traitent pas la cause fondamentale de leur problème⁸. De fait, les maladies orales peuvent entraîner ou annoncer la présence de graves problèmes de santé touchant une autre partie du corps^{9, 10}, mais la LCS exige seulement qu'une intervention soit pratiquée lorsque l'affection orale menace la santé générale. Le traitement peut alors nécessiter un long séjour à l'hôpital, qui sera financé par les fonds publics.

Des arguments semblables sont invoqués à l'égard de la santé mentale. La récente tendance au traitement des patients en milieu communautaire (par des psychologues en bureau privé, par exemple) plutôt que dans les hôpitaux (par des psychiatres membres du personnel de l'hôpital¹¹) peut entraîner une diminution constante de la couverture des services de santé mentale par les régimes publics. Au sens de la LCS, ces services ne sont pas « médicalement nécessaires » puisque ce terme ne s'applique qu'aux services offerts par les médecins. Pourtant, selon l'Organisation mondiale de la santé, la santé mentale constitue un aspect essentiel de la santé générale et du bien-être des personnes, des sociétés et des pays¹².

Les services à domicile constituent un autre exemple pertinent. Certains services essentiels, comme les soins postactifs, sont couverts par toutes les provinces et tous les territoires, tandis que d'autres (la préparation des repas, par exemple) sont couverts uniquement par le régime public de quelques provinces ou territoires. Les services à domicile revêtent une grande importance, car ils permettent d'offrir les services appropriés aux patients nécessitant des soins de courte durée tout en réservant l'hospitalisation aux personnes à qui il faut fournir des soins plus complexes (dont le coût est plus élevé)¹³. Toutefois, même si les services à domicile conviennent mieux aux besoins de certains patients, ceux-ci peuvent être tenus d'en assumer les frais parce qu'ils sont dispensés à l'extérieur de l'hôpital¹⁴. Actuellement, la qualité des services à domicile diffère grandement selon les régions et l'accès aux services nécessaires est souvent difficile étant donné les restrictions budgétaires et les ressources disponibles¹⁵.

En outre, l'accès aux médicaments d'ordonnance pour patients non hospitalisés varie aussi considérablement. Chaque province détermine les personnes admissibles au régime public (par exemple, selon l'âge, la maladie ou le revenu), le montant des quotes-parts ou des franchises et les médicaments figurant sur sa liste¹⁶. En moyenne, environ 40 p. 100 des produits pharmaceutiques au Canada sont couverts par un régime d'assurance publique, tandis que les autres font l'objet d'un financement privé⁵. Ainsi, l'accès aux médicaments utiles dépend de facteurs qui ont peu à voir avec la nécessité médicale. Pour cette raison, certains ont réclamé un programme public d'assurance médicaments universel pancanadien¹⁷ et quelques provinces ont déjà pris des mesures en ce sens¹⁸.

CONCLUSION

Au Canada, un long séjour à l'hôpital ne risque pas d'entraîner la ruine financière comme dans certains pays où l'universalité des services de santé n'existe pas. Cependant, l'accès à certains services nécessaires offerts à l'extérieur des hôpitaux ou par un professionnel non-médecin peut s'avérer onéreux. Selon un article récent, une « personne qui dépense chaque année 20 000 dollars en médicaments [...] (ce qui n'est pas rare pour certaines maladies) [...] ne déboursait rien aux Territoires du Nord-Ouest et paierait environ 1 500 dollars au Québec, 8 000 dollars en Saskatchewan et 20 000 dollars à l'Île-du-Prince-Édouard¹⁹ ». Bien que l'assurance maladie soit un symbole important au Canada, l'idée selon

RÉFÉRENCES

- Opinion publique Angus Reid (2010). *Les Canadiens sont particulièrement fiers du drapeau, du hockey, des Forces armées et du système de la santé*, Vision Critical. Extrait du site <http://www.visioncritical.com/>
- Gutkin, C. (2010). « Payer pour contrôler la douleur », *Canadian Family Physician*, 56(4), 396.
- Loi canadienne sur la santé*, L.R.C. (1985), ch. C-6.
- FCRSS (2002). *Médicalement nécessaire : de quoi s'agit-il et qui décide?*, Ottawa (Ontario), Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- Institut canadien d'information sur la santé (2010). *Tendances des dépenses nationales de santé, de 1975 à 2010*, Ottawa (Ontario), ICIS.
- Deber, R. et B. Gamble (2004). « "What's in, what's out": Stakeholders' views about the boundaries of Medicare », *Healthcare Quarterly*, 10(4), 97-105.
- Romanow, R. J. (2002). *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada – Rapport final*, Ottawa (Ontario), Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- Quiñonez, C., Gibson, D., Jokovic, A. et D. Locker (2009). « Emergency department visits for dental care of nontraumatic origin », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 37(4), 366-371.
- Locker, D. et D. Matear (2000). *Oral disorders, systemic health, wellbeing and the quality of life: A summary of recent research evidence*, Toronto (Ontario), Community Dental Health Services Research Unit, Faculty of Dentistry, University of Toronto.
- Association dentaire canadienne (2007). *Oral health-systemic health: What is the true connection?*, 73(3) 211-216.
- Latimer, E. (2005). « Community-based care for people with severe mental illness in Canada », *International Journal of Law and Psychiatry*, 28(5), 561.
- Organisation mondiale de la santé (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001 – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève (Suisse), OMS.
- Hollander, M. J., Chappell, N. L., Prince, M. J. et E. Shapiro (2007). « Providing care and support for an aging population: Briefing notes on key policy issues », *Healthcare Quarterly*, 10(3), 34-45.
- Motiwala, S. S., Flood, C. M., Coyte, P. C. et A. Laporte (2005). « The First Ministers' Accord on health renewal and the future of home care in Canada », *Healthcare Quarterly*, 8(1), 2-10.
- Association canadienne de soins et services à domicile (2008). *Portrait des soins à domicile au Canada*, Mississauga (Ontario), ACSSD.
- Anis, A. H., Guh, D. et X. Wang (2001). « A dog's breakfast: Prescription drug coverage varies widely across Canada », *Medical Care*, 39(4), 315-326.
- Anis, A. H. (2004). « National Pharmacare: A dog's tale », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 171(6), 565.
- Régie de l'assurance maladie du Québec. (2010). *Le régime public – De quoi s'agit-il?* Extrait du site <http://www.ramq.gouv.qc.ca/>
- Picard, A. (2011). *The cost of drugs: Breaking the bank to stay alive* <http://www.theglobeandmail.com/>

Les articles *À bas les mythes* sont publiés par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé après avoir été revus par des spécialistes du sujet. La FCRSS est un organisme indépendant et sans but lucratif financé dans le cadre d'une entente conclue avec le gouvernement du Canada. Les opinions exprimées par les personnes qui distribuent ce document ne reflètent pas nécessairement celles de la FCRSS. © 2011.

laquelle le régime couvre tous les services est loin d'aider les Canadiens à envisager tous les coûts associés au maintien ou à l'amélioration de leur santé.

L'idée générale de cet article de À bas les mythes a été proposée par Mme Sharon Melanson, lauréate du Prix À bas les mythes 2011. Mme Melanson est étudiante à la maîtrise à l'Université de la Colombie-Britannique, à Okanagan (C.-B.).