



Cliniques privées à but lucratif – Fiche d’information
Service de la recherche du SCFP
Septembre 2008

Les cliniques privées à but lucratif :

1. font augmenter le temps d’attente;
2. permettent le resquillage et d’autres violations de la *Loi canadienne sur la santé*;
3. détournent les professionnels de la santé du système public;
4. affichent un taux de décès plus élevé et offrent une qualité de soins moindre;
5. coûtent plus cher;
6. dispensent des traitements inutiles et parfois dangereux;
7. « écrèment » pour garder les patients plus sains qui coûtent moins cher en soins;
8. érodent la qualité des emplois de soutien;
9. exacerbent les inégalités;
10. affaiblissent le système de santé public du Canada.

Les cliniques chirurgicales et médicales privées à but lucratif sont une menace qui se développe rapidement pour le système de santé public du Canada. Certaines commencent même à offrir des services qui étaient jusqu’à présent la chasse-gardée des hôpitaux publics. Voici dix raisons qui devraient convaincre le gouvernement de mettre le holà, d’empêcher la croissance des cliniques privées et d’appuyer des solutions publiques pour renforcer l’assurance-maladie.

1. Augmentation du temps d’attente

En Angleterre et en Nouvelle-Zélande, où il existe un système parallèle d’assurances et d’hôpitaux privés, les listes d’attente et les délais du système public sont plus longs que dans les pays qui ont un système à payeur unique¹ Les données australiennes citées par Stephen Duckett, professeur en politique de la santé, démontrent que « dans toutes les spécialités, plus la proportion de chirurgies effectuées dans le secteur privé est importante, plus les temps d’attente dans le secteur public s’allongent ».² Les études qui ont comparé les listes d’attente à l’intérieur des pays concluent à un développement similaire : plus il y a de soins de santé à but lucratif dans une région donnée, plus les patients attendent dans le système public.³

Plus près de chez nous, une étude réalisée en 1997 par des chercheurs de l’Université du Manitoba a révélé que les patients attendaient près de trois fois plus longtemps pour une chirurgie de la cataracte quand leur médecin travaillait à *la fois* dans le secteur public et le secteur privé.⁴

Dans une autre étude canadienne, l’Association des consommateurs du Canada a constaté que la prestation de soins à but lucratif augmentait le temps d’attente.⁵ À Calgary (où les cliniques à but lucratif effectuaient 100 pour cent des chirurgies de la cataracte), les patients attendaient en moyenne de 16 à 24 semaines, tandis qu’à Edmonton (où les cliniques à but lucratif font 20 pour cent des chirurgies), le délai d’attente était de cinq à sept semaines, et à Lethbridge (100 pour cent des chirurgies dans le système public), les patients attendaient de quatre à sept semaines.

Pour des exemples de solutions saines et éprouvées au problème du temps d'attente *dans le système public*, consultez le document d'information du SCFP : *Solutions aux listes d'attente dans les soins de santé*, à l'adresse :

http://scfp.ca/waitinglists/Backgrounder_Solutio

2. Resquillage et autres violations de la *Loi canadienne sur la santé*

Les cliniques privées permettent d'acheter un service plus rapide, que l'on doit payer de sa poche ou que le service soit assuré par un tiers comme l'organisme d'indemnisation des accidentés du travail ou l'assurance automobile. La Commission Romanow a condamné cette pratique de plus en plus répandue qui encourage les gens à « obtenir des services [diagnostiques sophistiqués] plus rapidement en les payant de leur propre poche et à se servir ensuite des résultats pour obtenir les traitements nécessaires dans le système public sans avoir à 'faire la file'. »⁶

Les cliniques privées surfacturent et imposent des frais modérateurs pour des services diagnostiques et chirurgicaux qui sont clairement « médicalement nécessaires » au sens de la *Loi canadienne sur la santé*.⁷ Ils imposent des frais d'inscription, des frais de fournitures médicales, des frais de bloc opératoire, des frais pour « services améliorés » et une myriade d'autres frais qui, les uns comme les autres, bafouent les principes d'accessibilité et d'universalité de la *Loi canadienne sur la santé*.

Le gouvernement fédéral et la plupart des gouvernements provinciaux ignorent les violations des droits garantis par l'assurance-maladie, tandis que certains, surtout le Québec et la Colombie-Britannique, encouragent l'expansion des cliniques privées.

3. Détournement des professionnels de la santé du système public

La pénurie de médecins, d'infirmières et d'autres professionnels de la santé est aggravée par les ponctions que les cliniques à but lucratif effectuent dans le système privé. Prenons par exemple la profession médicale : il faut six ans pour former un médecin de médecine familiale au Canada, neuf ans pour former un oncologue (onze pour un chirurgien oncologue). La pénurie de professionnels de la santé est mondiale; il n'existe donc pas de bassin de main-d'œuvre supplémentaire dans lequel puiser. Chaque fois qu'un professionnel de la santé est embauché par une clinique à but lucratif, c'est un professionnel de la santé de moins pour le système public.

Les programmes d'enseignement sont aussi compromis parce que les cliniques privées détournent les professionnels enseignants et praticiens du système public sans assumer une part égale de la formation des futurs aspirants.⁸

4. Taux plus élevé de décès et qualité moindre des soins

Une étude réalisée par le D^r P.J. Devereaux et ses collègues de l'Université McMaster a révélé qu'aux États-Unis, les patients qui subissent des traitements de dialyse courent 8 pour cent plus de risque de décéder dans une clinique à but lucratif que dans une clinique à but non lucratif. Cette situation est sans doute principalement attribuable à deux facteurs, à savoir que les employés sont moins nombreux et moins bien formés et que la durée du traitement est réduite.⁹

Une autre étude en collaboration sous la direction du D^r Devereaux est arrivée à la conclusion que les adultes affichent un taux de décès de 2 pour cent plus élevé dans les hôpitaux à but lucratif, tandis que le taux de mortalité infantile est de 10 pour cent supérieur.¹⁰ D'après les estimations des chercheurs, si le Canada opère un virage pour créer un système hospitalier à but lucratif, on dénombrera 2 200 décès de plus chaque année – davantage que le nombre de suicides, de décès des suites du cancer du colon ou de décès par suite d'un accident de voiture.

L'hypothèse voulant que la qualité des soins diminue à mesure qu'augmente la prestation de soins à but lucratif se vérifie dans l'ensemble du secteur de la santé. Les centres de soins infirmiers qui appartiennent à des investisseurs sont plus souvent dénoncés pour des problèmes de qualité et d'insuffisance de soins,¹¹ et les hospices qui appartiennent à des investisseurs donnent moins de soins aux mourants¹² que les établissements sans but lucratif.

5. Coûts plus élevés

À travers le monde, les données récoltées montrent que les procédures effectuées par des cliniques privées à but lucratif coûtent beaucoup plus cher que les mêmes procédures réalisées dans des établissements sans but lucratif.

Une méta-analyse publiée par le *Journal de l'Association médicale canadienne* a révélé qu'aux États-Unis, les soins dispensés dans les hôpitaux privés à but lucratif coûtent en moyenne 19 pour cent plus cher que dans les établissements sans but lucratif. À cela s'ajoutent les coûts du surcodage et de la fraude, deux facteurs associés avec la prestation de soins à but lucratif.¹³

Le *British Medical Journal* a rapporté qu'en 2002-2003, en Angleterre, les pontages coronariens coûtaient 91 pour cent de plus en clinique privée qu'en établissement hospitalier sans but lucratif.¹⁴ Le ministère britannique de la Santé a admis en 2006 que les procédures effectuées par les centres de traitement indépendants (cliniques privées) coûtaient en moyenne 11,2 pour cent de plus que les procédures équivalentes du service national de santé (secteur public).¹⁵

La marge bénéficiaire du secteur privé est aussi élevée au Canada. Selon des recherches effectuées par Colleen Fuller, analyste de la recherche académique sur les soins de santé, les coûts des cliniques chirurgicales canadiennes à but lucratif sont de 118 à 125 pour cent plus élevés que ceux des hôpitaux publics.¹⁶

La réalisation de profits est un facteur qui contribue de façon significative au fait que les coûts soient plus élevés. Des études portant sur les cliniques d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et de tomodensitométrie (TDM) des États-Unis révèlent que leur marge bénéficiaire se situe dans les 20 à 30 pour cent.¹⁷ Parmi les autres facteurs, citons les frais d'administration, de 6 pour cent plus élevés, et la rémunération supérieure des cadres exécutifs (20 pour cent de plus rien qu'au niveau des primes incitatives).¹⁸

6. Dispensation de traitements inutiles et parfois dangereux

Les diagnostics et procédures chirurgicales inutiles sont une cause grave de préoccupation. Par exemple, une étude récente publiée dans le *New England Journal of Medicine* a documenté les fortes doses de radiations reçues dans le cadre d'examen de TDM et révélé un nombre considérable de documents qui remettent en question l'utilisation de la TDM dans tout un éventail de contextes.¹⁹

Lorsque les médecins ont un intérêt financier dans une clinique à but lucratif, l'enjeu est évidemment plus grand. Les ristournes et les accès sans recommandation sont des problèmes majeurs aux États-Unis, où les médecins sont souvent propriétaires de leur propre clinique. Comme résultat, il y a eu des références inutiles pour certains patients, des temps d'attente plus longs pour d'autres et une augmentation des coûts pour tout le monde.²⁰

7. « Écrémage »

Les cliniques privées font leurs profits en partie en sélectionnant les clients qui sont en meilleure santé et qui nécessitent les procédures les plus faciles et les plus rentables. Elles répondent aux cas non urgents « les plus faciles » et laissent les plus coûteux au système public.²¹

8. Érosion de la qualité des emplois de soutien

L'aboutissement est clair dans le secteur de la santé : chez les employeurs à but lucratif, les salaires et les avantages sociaux sont moins bons, la charge de travail est plus lourde, la formation est mauvaise et la sécurité d'emploi est moindre que chez les employeurs sans but lucratif du secteur public.²² Cette situation pourrait fort bien s'aggraver à mesure que les cliniques à but lucratif se développeront : non seulement résisteront-elles comme tout employeur au versement d'une rémunération raisonnable, mais leur petite taille rendra leur syndicalisation ardue.

9. Exacerbation des inégalités

Les cliniques à but lucratif ont tendance à s'établir dans des zones urbaines et achalandées.²³ L'inégalité d'accès aux soins de santé selon la région ou la collectivité au Canada est exacerbée par le fait que les cliniques à but lucratif se destinent aux marchés rentables qu'offrent les grands centres urbains et les quartiers riches.

Des dissensions se font également entendre en Australie, où les coupures du gouvernement dans le système public et les incitatifs pour favoriser la privatisation des soins ont créé de graves inégalités au détriment des populations rurales et autochtones.²⁴

10. Affaiblissement du système de santé public du Canada

La prestation de soins à but lucratif affaiblit définitivement le système de santé public dans son ensemble.

Les cliniques à but lucratif ont pour mission de maximiser les profits de leurs investisseurs. Elles s'activent à augmenter les revenus tirés de toutes les sources : bailleurs de fonds publics, patients, assureurs tiers. Aux États-Unis et ailleurs, les prestataires de soins à but lucratif font partie de l'industrie privée des soins de santé, qui exerce des pressions énormes pour empêcher l'avènement d'un payeur unique en santé.

Les obligations qui incombent au Canada en vertu des accords commerciaux internationaux exacerbent les risques que les cliniques privées à but lucratif font peser sur notre système de santé public dans son ensemble.²⁵

Défendez votre droit aux soins de santé

Pour en savoir plus sur les lois et règlements qui régissent l'assurance-maladie au Canada et sur les améliorations qui peuvent y être apportées afin de limiter la prolifération des cliniques à but lucratif et des autres moyens de privatisation de la santé, consultez :

<http://soinsdesanteundroit.ca/>

:as/sepb491

T:\HC-NATIONAL\Privatization\Private Clinics\CUPE fact sheet - September 2008.fr.doc

¹ Tuohy, C.H., Flood, C.M. et Stabile, M. (2004). How does private financing affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD nations. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 29(3): 359-39.

² Hall, J. *et al.*, cité dans S.J. Duckett (2005). Living in the parallel universe in Australia: public Medicare and private hospitals. *Journal de l'Association médicale canadienne*. 173(7): 745-747.

³ Duckett, S. J. (2005). Private care and public waiting. *Australian Health Review* 29(1): 87-93; Tuohy *et al.* (2004).

⁴ DeCoster, C., MacWilliam, L. et Walld, R. (2000). *Waiting Times for Surgery: 1997/98 and 1998/99 Update*. Winnipeg, MB: Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation.

⁵ Armstrong, W. (2000). *The Consumer Experience with Cataract Surgery and Private Clinics in Alberta; Canada's Canary in the Mine Shaft*. Association des consommateurs du Canada (Alberta).

⁶ Romanow, R.J. (2002). *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada – Rapport final*. Ottawa : Bibliothèque nationale du Canada, p. 8.

⁷ Syndicat canadien de la fonction publique (2007). *À la défense de l'assurance-santé : Un guide concernant la législation et la réglementation canadiennes*. Disponible à : www.yourmedicarerights.ca

⁸ Sutherland, R. (2002). *Scanning For Profit: A Critical Review of the Evidence Regarding For-Profit MRI and CT Clinics*. Coalition ontarienne pour la santé.

⁹ Devereaux, P.J., Schunemann, H.J., Ravindran, N., Bhandari, M., Garg, A.X., Choi, P.T. *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): 2449-57.

¹⁰ Devereaux, P.J., Choi, P.T., Lacchetti, C., Weaver, B., Schunemann, H.J., Haines, T. *et al.* (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): 1399-406.

¹¹ McGregor, M.J., Cohen, M., McGrail, K., Broemeling, A.M., Adler, R.N., Schulzer, M. *et al.* Staffing levels in not-for-profit and for-profit long-term care facilities: Does type of ownership matter? (2005). *Journal de l'Association médicale canadienne* 172(5): 645-9. Harrington, C., Woolhandler, S., Mullan,

-
- J., Carrillo, H. et Himmelstein, D.U. (2001). Does investor ownership of nursing homes compromise the quality of care? *American Journal of Public Health* 91: 1452-55.
- ¹² Carlson, M.D.A., Gallo, W.T. et Bradley, E.H. (2004). Ownership status and patterns of care in hospice: results from the National Home and Hospice Care Survey. *Med Care* 42: 432-8.
- ¹³ Devereaux, P.J. *et al.* (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* 2004;170(12): 1817-24.
- ¹⁴ Dyer, O. (2004). NHS overcharged for private surgery. *British Medical Journal*, 2004;328:1158 (15 mai).
- ¹⁵ Réponse écrite à la Chambre des communes, 20 septembre 2006, Ivan Lewis député, cité dans UNISON (2007). *In the Interests of Patients? The impact of the creation of a commercial market in the provision of NHS Care*. Version révisée, janvier 2007.
- ¹⁶ Fuller, C. (décembre 2006). Want runaway health costs? Encourage private surgical clinics. *The Tyee*.
- ¹⁷ Sutherland, R. (2002), p. 14.
- ¹⁸ Woolhandler, S. et D.U. Himmelstein (2004). The high costs of for-profit care. *Journal de l'Association médicale canadienne* 170(12): 1814-1815.
- ¹⁹ Brenner, D.J. et E.J. Hall (2007). Computed Technology – An Increasing Source of Radiation Exposure. *The New England Journal of Medicine* 357(22): 22777-2284.
- ²⁰ Choudhry, S., Choudhry, N.K. et Brown, A.D. (2004). Unregulated private markets for health care in Canada? Rules of professional misconduct, physician kickbacks and physician self-referral. *Journal de l'Association médicale canadienne* 170(7): 1115-1118.
- ²¹ Fondation canadienne de recherche sur les services de santé (2005). *Mythe : Un système privé parallèle réduirait les temps d'attente dans le système public*. Ottawa, ON: série À bas les mythes de la FCRSS. Lister, J. (2005). *Health Policy Reform: Driving the wrong way? A critical guide to the global 'health reform' industry*. London: Middlesex University Press. Tuohy, C.H. *et al.* (2004); Colombo, F. et Tapay, N. (2004). *Private health insurance in OECD countries: The benefits and costs for individuals and health systems*. Paris : Documents de travail de l'OCDE, n° 15, p. 27.
- ²² Pollack, N., M. Cohen et J. Stinson (2005). *The Pains of Health Care Privatization*. Centre canadien de politiques alternatives. Jaffe, M., B. McKenna et L. Venner (2008). *Equal Pay, Privatisation and Procurement*. Liverpool: The Institute of Employment Rights. Aronson, J., M. Denton et I. Zeytinoglu (2004). Market-modelled home care in Ontario: Deteriorating working conditions and dwindling community capacity. *Analyse de politiques*, pp. 112-124.
- ²³ Sutherland, R. (2002), p. 16.
- ²⁴ Lister, J. (2005), p. 242.
- ²⁵ Syndicat canadien de la fonction publique (2005). *Inside the Chaoulli ruling: Trade dangers of privatization*.