



JUIN 2015

COLLECTION SANTÉ

L'ARRÊT *CHAULLI* ET LES RÉFORMES EN SANTÉ : UN RENDEZ-VOUS MANQUÉ?

Par Yanick Labrie

Dix ans se sont écoulés depuis le jugement *Chaoulli*, rendu par la Cour suprême du Canada en juin 2005. Le plus haut tribunal du pays statuait alors que lorsque le gouvernement n'est pas en mesure d'offrir un accès aux soins requis dans des délais raisonnables, l'interdiction de souscrire une assurance maladie privée brime le droit à la vie et à la sécurité des patients et va à l'encontre de la *Charte québécoise des droits et libertés de la personne*.

Le jugement s'appuyait sur la prémisse selon laquelle les longs délais d'attente dans le système public de santé entraînent des souffrances et des blessures irrémédiables pour les patients, voire des décès prématurés dans certains cas. « L'accès à une liste d'attente n'est pas l'accès à des soins de santé », affirmait la juge en chef Beverley McLachlin dans son verdict¹.

Comment la situation de l'attente dans le système public de santé a-t-elle évolué au Québec depuis l'arrêt *Chaoulli*? Les réformes adoptées dans la foulée du jugement ont-elles permis d'améliorer l'accès aux soins de santé pour les patients?

BEAUCOUP D'ATTENTES

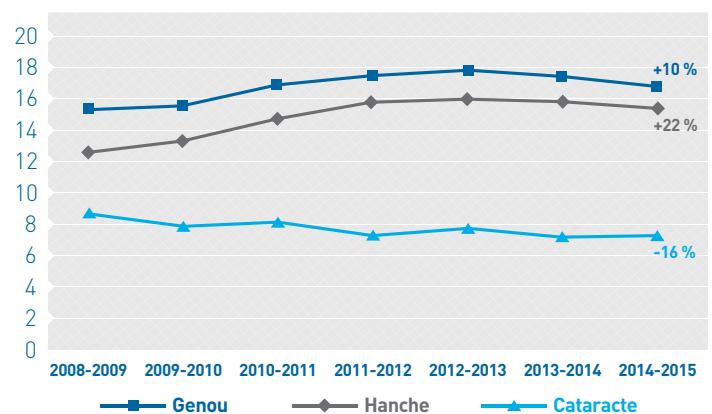
La décision de la Cour laissait entrevoir plusieurs changements majeurs dans les politiques publiques en matière de soins de santé au Québec. La réponse du gouvernement a cependant été bien timide. Après un sursis accordé par la Cour, le gouvernement a finalement adopté un projet de loi en décembre 2006 afin de se conformer au jugement². Trois réformes en ont découlé.

1) *L'assurance privée duplicative*

Le changement législatif autorisait en principe les Québécois à souscrire une assurance privée duplicative pour un nombre limité

Figure 1

Temps d'attente moyens (en semaines) au Québec, pour les chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Données obtenues par le biais d'une demande d'accès à l'information.

Note : Il s'agit du temps d'attente moyen entre la consultation avec le spécialiste et l'intervention chirurgicale. Comme la base de données a été implantée en juin 2007, les données complètes ne sont disponibles qu'à partir de 2007-2008, et sont estimées fiables à partir de l'année suivante.

de traitements médicaux et chirurgicaux, tels le remplacement de la hanche ou du genou, et l'extraction de la cataracte.

En pratique cependant, aucun véritable marché pour ce type d'assurance ne s'est développé, le nombre de chirurgies admissibles demeurant trop peu élevé pour que de nouveaux produits d'assurance intéressants pour des individus et des employeurs apparaissent. Le maintien de l'interdiction de la pratique médicale mixte a également nui à l'émergence d'un tel marché d'assurance.

2) Les centres médicaux spécialisés

Les nouvelles dispositions législatives visaient à encadrer de façon plus serrée les cliniques de chirurgies privées – nouvellement appelées les centres médicaux spécialisés. La loi autorisait aussi les hôpitaux publics à conclure des ententes de partenariat avec des cliniques pour le transfert d'un certain volume de chirurgies et de traitements (qui demeureraient couverts par le régime public).

Même si le nombre de centres a connu une croissance depuis 2006, ceux-ci demeurent marginaux dans le paysage hospitalier québécois. En mai 2014, on recensait 43 centres médicaux spécialisés au Québec, essentiellement de petite taille, dont la plupart se spécialisent dans les chirurgies plastiques et esthétiques³. Seulement une minorité dispensent des services de santé médicalement requis, et presque uniquement dans le cadre d'ententes de partenariat signées avec des centres hospitaliers publics. Trois ententes de ce type conclues ces dernières années ont mené à une amélioration significative de l'accès dans les hôpitaux publics concernés⁴.

3) Le mécanisme de gestion des délais d'attente

Un nouveau système informatique permettant de suivre l'évolution des délais d'attente en chirurgie électorale a été créé et est entré en vigueur en juin 2007. Le gouvernement a également établi à six mois le délai de traitement maximal pour l'obtention des chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte⁵.

Cette base de données permet maintenant de constater que les temps d'attente pour les chirurgies électorales sont demeurés, en moyenne, relativement constants au Québec depuis 2008⁶. Dans le cas des chirurgies de la hanche et du genou, les temps d'attente entre la consultation avec le spécialiste et l'intervention ont augmenté et s'élevaient à plus de 15 semaines ces dernières années⁷ (voir Figure 1).

Il est vrai, comme l'ont souligné certains experts⁸, que le nombre de chirurgies électorales effectuées a progressé depuis le début des années 2000, en lien avec le vieillissement de la population. Par contre, la tendance ne s'est pas accélérée à partir de 2007⁹. De toutes les provinces canadiennes, c'est d'ailleurs au Québec que l'on observe le plus faible taux d'arthroplasties de la hanche et du genou en proportion de la population adulte¹⁰.

Quant aux cibles de délais maximums fixés à six mois par le gouvernement, elles ne sont généralement pas atteintes pour plu-

sieurs patients. Encore près d'un patient sur cinq doit attendre plus de six mois avant d'être opéré à la hanche et au genou.

CONCLUSION

On constate en fin de compte que la situation de l'attente a très peu changé au Québec depuis l'arrêt *Chaoulli*. Le gouvernement a choisi d'interpréter le jugement de la Cour suprême de façon étroite et les timides réformes adoptées n'ont pas permis d'améliorer l'accès aux chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte. Les patients en attente de traitement disposent de très peu d'options en dehors du système public.

Dix ans plus tard, la déclaration de la juge McLachlin conserve toute sa pertinence. Au 31 mars 2015, près de 20 000 Québécois étaient en attente d'une chirurgie depuis plus de six mois dans le système public de santé¹¹. Alors que le gouvernement n'est pas en mesure d'offrir un accès aux soins dans des délais opportuns, aucun motif ne justifie le maintien strict d'un monopole dans la fourniture de soins médicalement requis. Il est temps d'adopter les réformes qui s'imposent en s'inspirant des systèmes universels mixtes européens, nettement plus accessibles¹².

RÉFÉRENCES

1. Cour suprême du Canada, *Chaoulli c. Québec (Procureur général)*, 2005.
2. Gouvernement du Québec, *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, 2006.
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Liste des centres médicaux spécialisés ayant reçu un permis en date du 6 mai 2014*, 2014.
4. Voir notamment Ronald Denis, « Moins d'attente, plus d'opérations », *La Presse*, 6 juin 2011; Mathieu Courchesne, « Cité-de-la-santé : six mois d'attente pour être opéré », *Le Journal de Montréal*, 16 février 2013; Françoise Le Guen, « L'Institut de l'œil des Laurentides est là pour rester », *Le Courrier*, 11 juin 2014.
5. Bien que plusieurs intervenants fassent régulièrement référence à une « garantie d'accès » comme s'il s'agissait d'un droit légal des patients, ce sont plutôt des cibles administratives à atteindre pour les hôpitaux. Pour les arthroplasties de la hanche et du genou, et l'extraction de la cataracte, la cible à atteindre est que 90 % des patients soient opérés à l'intérieur d'un délai maximal de six mois.
6. Selon le Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients, les temps d'attente moyens pour plusieurs spécialités en chirurgies auraient diminué de 2008-2009 à 2011-2012. Les données obtenues du ministère de la Santé et des Services sociaux ne nous ont pas permis de confirmer ces résultats. Voir Gouvernement du Québec, *L'accès aux services chirurgicaux – Un programme élargi et intégré*, Document technique 1, Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients, février 2014, p. 13.
7. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Accès aux chirurgies par agence et pour l'ensemble du Québec – Réalisées*, 2015.
8. *Op. cit.*, note 6, p. 11.
9. Voir l'Annexe technique sur le site Web de l'IEDM.
10. Commissaire à la Santé et au bien-être, *La performance du système de santé et de services sociaux québécois*, 2014, p. 36.
11. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Accès aux chirurgies par agence et pour l'ensemble du Québec – En attente*, 2015.
12. Yanick Labrie, *Pour un système de santé universel et efficace : six propositions de réforme*, *Cahier de recherche*, Institut économique de Montréal, mars 2014.



Ce Point a été préparé par Yanick Labrie, économiste à l'IEDM et titulaire d'une maîtrise en sciences économiques de l'Université de Montréal. La **Collection Santé** de l'IEDM vise à examiner dans quelle mesure la liberté de choix et l'initiative privée permettent d'améliorer la qualité et l'efficacité des services de santé pour tous les patients.

L'Institut économique de Montréal est un organisme de recherche et d'éducation indépendant, non partisan et sans but lucratif. Par ses publications, ses interventions et ses conférences, l'IEDM alimente les débats sur les politiques publiques au Québec et partout au Canada en proposant des réformes créatrices de richesse et fondées sur des mécanismes de marché. Il n'accepte aucun financement gouvernemental.