

4

Résumé

Les Canadiens ont à une certaine époque pensé qu'ils avaient le meilleur système de santé du monde. Aujourd'hui, ils en sont moins sûrs et, surtout, ils se demandent si ce système est viable et si les valeurs qui le sous-tendent survivront à l'épreuve du temps. Ici comme ailleurs, les coûts de la santé flambent. Les systèmes de soins, qu'ils soient bismarckiens, beveridgiens ou libéraux sont en crise. Les gouvernements ont entrepris divers chantiers de réforme car le statu quo est devenu insoutenable. Au Canada, les thèmes débattus aujourd'hui sont les mêmes qu'il y a une dizaine d'année. Quelles réformes engager ? Comment remettre sur les rails un système de santé public mal en point et condamné à un rendement bien en-dessous de son potentiel ? Comment bâtir un système à la fois accessible et efficient, dans un contexte où les initiatives sérieuses sont soit, trop difficiles à mettre en œuvre, soit politiquement ingérables ? Cet article allie une analyse des questions conjoncturelles à une réflexion sur les problèmes structurels du système canadien de santé.

Mots clés dépenses de santé, partenariats public-privé, réforme des soins de santé, système canadien de santé

Guérir le système de santé canadien dans un contexte de crise cumulative de l'offre et du financement : enjeux, défis et opportunités

H. SANNI YAYA

Introduction

La santé a toujours été une valeur importante dans les sociétés humaines. Patrimoine ou capital sociétal pour les uns, produit des comportements et des conditions de vie pour les autres, elle a occupé une place centrale à travers les cultures et les âges parce qu'elle est la condition de toutes les autres conditions d'exercice de la vie.[1,2] Depuis quelques décennies, le champ de la santé connaît un regain d'intérêt au point de devenir une priorité sociale fondamentale pour tous les gouvernements à l'échelle planétaire qui continuent d'y consacrer une part importante de leurs ressources.[3,4]

Symbole d'une démocratie solidaire et témoin du niveau de développement d'une collectivité, la santé est longtemps apparue comme un bien particulier auquel il est difficile d'appliquer le calcul économique car elle se situerait hors du champ de l'économie.[5,6] C'est d'ailleurs ce qui explique le dilemme qu'il y a à opposer le paradigme de la rationalisation des coûts, propre à la science économique à celui des besoins sociaux et humains, propre aux sciences de la vie, à la morale et l'éthique. D'ailleurs la théorie économique elle-même considère la santé comme un champ qui s'inscrit dans la catégorie des services collectifs et des biens publics. En tant que bien non marchand, certains estiment qu'elle ne peut donc théoriquement faire l'objet d'une discrimination entre ceux qui en bénéficient car est elle indivisible et non exclusive et, qui plus est, sa disponibilité et son accessibilité ne devraient pas être réduites parce qu'il y aurait trois consommateurs au lieu d'un.[7,8]

Mais au-delà de ces principes, force est de reconnaître que la santé est devenue au cours des dernières années une

lancinante énigme pour les pouvoirs publics. De nombreux experts s'accordent pour dire que les systèmes publics de santé ne sont pas viables à long terme sans des réformes profondes dans la façon dont ceux-ci sont financés.[9,10] En effet, si la santé n'a pas de prix, elle a un coût que de plus en plus de gouvernements ont du mal à supporter. Le champ de la santé est aujourd'hui devenu un espace politiquement structuré dans lequel se jouent des luttes valorielles et où des choix difficiles et peu consensuels sont nécessaires. Les données relatives à l'évolution des dépenses en santé dans les pays de l'OCDE font apparaître une constance commune : de façon générale, la croissance réelle des dépenses en santé dans les pays membres a été plus rapide que celle de leur PIB. En 2006 par exemple, la part des dépenses en santé est passée en moyenne, de l'ordre de 8,9 % du PIB contre 8,4 % en 2000 et 5,3 % en 1970.[11] Cette progression des dépenses n'est à priori pas problématique car les sommes investies en santé tiennent à plusieurs raisons. Les soins et les services de santé constituent un secteur à forte intensité de main-d'œuvre, ce qui implique des coûts élevés pour un personnel hautement qualifié (médecins, infirmières, personnel de soutien et, de plus en plus, gestionnaires et administrateurs). En outre, la santé met en œuvre des technologies onéreuses, compte-tenu des progrès dans l'imagerie, la thérapie génique, la pharmacologie et la biotechnologie. Par ailleurs, même si le phénomène ne semble avoir joué qu'un rôle relativement limité, il faut s'attendre à ce que le vieillissement de la population, en raison de la structure des coûts liés à l'âge, accentue à la hausse les dépenses de santé.[12,13,14]

L'augmentation des dépenses de santé pose, à long terme, la question de leur soutenabilité par le financement public. Encore aujourd'hui, plusieurs gouvernements peinent à trouver le juste équilibre entre les objectifs contradictoires que constituent des enjeux comme la qualité des soins, l'accessibilité, l'universalité, l'équité du système, la liberté des acteurs (patients et professionnels) et la maîtrise des dépenses correspondantes. En fait, il faudra à l'avenir commencer par se questionner sur ce à quoi nous attachons le plus d'importance en matière de soins de santé, de prestation des services ou de liens entre les prestataires de soins et les patients.[15]

L'exercice a été entrepris dans plusieurs pays et des réformes destinées à améliorer la productivité des systèmes de santé, le contrôle de l'offre ou encore la réduction de la demande de soins ont été initiées. Dans plusieurs pays, les gouvernements ont essayé d'augmenter le fardeau fiscal afin de contrôler la pression inflationniste du système, mais ils ont du se raviser en raison de l'impopularité d'une telle politique. D'autres avant

eux ont choisi d'imposer des contraintes sur l'offre, mais ils ont tôt fait de se rendre compte que cette approche pouvait conduire à un « apartheid médical ». Les plus intrépides ont fait le pari de réformes structurelles, qui ont tantôt pris une tournure radicale par la mise en œuvre de changements majeurs sur une courte période (approche big-bang), tantôt séquentielle (par l'adoption d'un plan de mise en place des changements par étapes) ou incrémentale (en prônant de légers ajustements dans le rôle de certains professionnels clés de santé).[16,17,18,19] Le système de santé au Canada a historiquement joué un rôle crucial dans l'édification de la nation. Universel et accessible jadis, il faut reconnaître qu'il a très bien servi les collectivités. Même si les canadiens n'ont jamais été aussi bien en meilleure santé et qu'ils ont collectivement, au cours du dernier siècle, bénéficié de changements sociaux fondamentaux conjugués à une vague déferlante de mesures nationales de santé publique, on est bien forcé de se rendre aujourd'hui à une triste évidence : la pérennité du système canadien de santé est gravement menacée. Pénurie de ressources humaines, manque de médecins et d'infirmières, épuisement professionnel du personnel médical et paramédical, accroissement des erreurs médicales, exclusion du système de soins d'une partie de la population, rationnement des soins, services d'urgence engorgés, insatisfaction du public, profondes inégalités d'accès en matière de santé et d'accès aux services, bref, la liste des maux qui minent le système de santé est longue.[20]

L'accroissement exponentiel des besoins, les profondes mutations qui ont affecté l'organisation des soins de santé, les contraintes fiscales et financières de mêmes que les multiples contingences socio-économiques et politiques forcent donc aujourd'hui les gouvernements à se réajuster et à faire des choix difficiles et déchirants afin de remplir adéquatement leur rôle de puissance publique et de pivot de l'organisation sociale et économique. C'est dans ce contexte de crise cumulative de financement, de l'offre et de la qualité de soins de santé, que se pose aujourd'hui l'épineuse mais nécessaire question des issues de secours pour le système de santé au Canada. Autrement dit, comment les gouvernements peuvent-ils sortir de cette impasse programmée qui semble de plus en plus inéluctable ? Dans quelles mesures les pouvoirs publics peuvent-ils assurer les soins de santé dont la population a besoin et qu'elle réclame, et ce, d'une manière efficiente ? Sur quelles bases et à quelles conditions est-il encore possible de préserver le système canadien de santé dans un contexte où la santé au Canada accapare une si grande partie de la richesse nationale, c'est-à-dire près de

40% des budgets provinciaux ?

La régulation des prix et du volume d'activité dans le secteur de la santé est-elle une option à considérer ? Le déplacement des coûts sur les patients est-il équitable et socialement acceptable dans une démocratie solidaire comme la nôtre ? Les mesures de plafonnement budgétaires constituent-elles comme le prétendent certains, un pacte avec le diable ? Peut-on encore dans le contexte actuel se permettre de déconnecter les soucis fiscaux des gouvernements du fonctionnement du secteur de la santé ? Est-il normal ou souhaitable, lorsqu'on peut faire autrement, de subordonner la prestation de soins au seul souci de l'équilibre financier des pouvoirs publics ? C'est à ces questions que tente de répondre cet article. Umberto Eco disait qu'« à tout problème complexe, il y a une solution simple. Mais, elle est généralement mauvaise ». À notre avis, une partie des réponses aux maux qui minent le système de santé au Canada se trouve d'une part dans l'analyse même de son fonctionnement et des réformes qui l'ont façonné et d'autre part, dans une redéfinition du modèle sanitaire en santé publique car celui-ci semble incapable de faire face aux actuels bouleversements culturels, sociaux, démographiques et épidémiques qui sont ceux de notre époque.

Le système de santé canadien a-t-il encore un avenir ?

Le système canadien de soins de santé a toujours donné lieu à des débats enflammés en raison de sa particularité. Combinaison des plans de santé de 10 provinces et de 3 territoires qui fonctionnent indépendamment, mais qui répondent et dépendent à la fois du gouvernement fédéral, le système de santé canadien est soumis à un ensemble de conditions que les provinces et territoires doivent respecter.[21] Parmi celles-ci, mentionnons la gestion publique du régime, son intégralité, son universalité, sa transférabilité et son accessibilité. Mais on sait aussi que ces conditions sont de plus en plus remises en question, la dernière en date étant la décision de la plus haute instance judiciaire du pays qui s'attaque de façon explicite à la gestion publique du système d'assurance maladie afin de permettre, en parallèle, le développement d'un système d'assurance privée. La caricature du dinosaure à la dérive utilisée par certains pour caractériser le système de santé canadien peut sembler inutilement provocatrice. Mais elle décrit à notre avis, une situation bien réelle, dans un contexte où les systèmes de santé dans la majorité des pays industrialisés présentent de plus en plus de dysfonctionnements et apparaissent de moins en moins viables. Au Canada, les pouvoirs publics constituent la source principale du financement de l'assurance maladie. L'intervention de l'État se justifie

parce que ses tenants estiment que les gouvernements doivent pouvoir remédier à l'épineuse question de l'équité sociale qui est intrinsèquement liée au fonctionnement d'un marché privé de l'assurance. L'argument principal est que les firmes privées refuseraient de couvrir les personnes qui constituent un haut risque ou tenteraient tout simplement de les contraindre à payer une prime relativement élevée pour compenser ce risque. La problématique de l'équité d'accès, indépendamment de la capacité des individus à payer, a donc amené les gouvernements à fournir une protection universelle à leurs citoyens par l'entremise de régimes provinciaux d'assurance-santé co-financés par les autorités fédérales et les autorités provinciales ou territoriales.[22]

Ceci ne veut pas dire pour autant que le secteur privé soit totalement absent du domaine de la santé au Canada. Même si des firmes d'assurance privées existent, leur étendue demeure limitée et elles ne peuvent théoriquement pas couvrir des services fournis en vertu des régimes provinciaux. Contrairement à certains pays, la prestation directe des soins de santé aux citoyens demeure le fait du secteur privé. D'ailleurs, les groupes de pressions qui militent pour une ouverture plus grande du système de santé au secteur privé oublient trop souvent que les citoyens canadiens règlent majoritairement au moyen de fonds privés, une plus grande partie de leurs dépenses que la moyenne des pays industrialisés. Cela est également vrai pour ce qui est des dépenses en médicaments : la proportion du financement privé au Canada est supérieure à celle de la plupart des pays avec des niveaux de développement comparables.[11] En outre, l'immense majorité des professionnels de la santé est en pratique privée, même si les soins médicaux et hospitaliers qui y sont fournis, ainsi que la rétribution de ces services, font l'objet de réglementations gouvernementales.

Les maux qui minent le système de santé au Canada sont trop complexes pour se résumer à un débat public versus privé car les solutions, rarement simples et linéaires, ne se sont jamais de l'ordre de la simplification. La nature du financement de la santé sera toujours une question épineuse et des études plus poussées sont nécessaires pour examiner comment et à quelles conditions, l'assurance publique et l'assurance privée pourraient associer leurs efforts pour aider à renforcer nos systèmes de santé. C'est pourquoi il est fondamental de déterminer quel est le cadre réglementaire appropriés car l'avenir appartient aux systèmes de santé intégrés et capables de fonctionner de façon cohérente pour le plus grand bénéfice des populations. Si depuis la révolution hygiéniste, les Canadiens ont vu une amélioration de leur état de santé général, il faut bien admettre que d'autres pays

ont de meilleurs résultats. Bien entendu, la comparaison des systèmes de santé est complexe et ne vise aucunement à éprouver la supériorité d'un système sur l'autre. Chaque système doit être évalué en fonction des ressources dont il dispose et non pas de celles qui auraient pu être consacrées à la santé mais qui ont servi à un autre usage. Ceci dit, une telle comparaison a néanmoins le mérite de permettre d'observer des corrélations qui ne peuvent être interprétées comme la preuve de relations causales et d'examiner des singularités qui ne sont pas facilement interprétables, mais qui permettent de réfuter formellement certaines relations causales.

Aussi imparfaites ou incomplètes qu'elles soient, certaines données dont on dispose aujourd'hui permettent de dresser un portrait du système de santé canadien et de réviser des idées préconçues. Si le Canada fait mieux que la moyenne des pays de l'OCDE à certains égards, il faut souligner que les indicateurs, dans bien de cas, ne sont guère reluisants [11], et ce, pour plusieurs raisons :

- Les dépenses en santé selon les données de 2008 pour le Canada représentaient en 2006 10% de son PIB, ce qui dépasse la moyenne de 8.9% enregistrée dans les pays de l'OCDE. Le pays dépense également en moyenne 3678 dollars US en santé per capita, comparativement à une moyenne de 2824 dollars US. Et pourtant, le système de santé canadien affiche des performances inférieures à celle d'autres pays qui en dépensent beaucoup moins comme le Danemark ou la Nouvelle-Zélande.
- Plus de 70% des dépenses en Santé au Canada proviennent de fonds publics, comparativement à 73% dans la moyenne des pays de l'OCDE. En fait, l'assurance privée représente 13 % des dépenses de santé au Canada, soit deux fois plus que la moyenne des pays développés. Clairement, le privé est davantage présent dans le domaine de la santé au Canada.
- L'un des problèmes les plus urgents du système canadien de soins de santé est celui d'assurer une bonne planification des ressources humaines. Plus d'un million de personnes travaillent dans ce système, assurant les soins quotidiens à la population. Ils en forment l'épine dorsale et la prestation de soins accessibles et de grande qualité dépend de la présence au bon endroit des bonnes personnes aux bonnes compétences. Les récentes données indiquent que le nombre de médecins par rapport à la population est demeuré inchangé au Canada depuis 1990. En effet, le nombre de médecins par 1000 habitants est de 2.1 ce qui reste en dessous de la moyenne de 3.1 enregistrée dans les pays de l'OCDE.
- Le nombre d'infirmières en 2006 est de 8.8 par 1000 habitants, ce qui est également plus bas que le taux moyen de

9.7 des pays de l'OCDE. Même si le Canada a réussi à gérer la décroissance dans ce secteur en réduisant sensiblement le contingentement universitaire, ceci ne suffira pas à régler la situation à long terme.

- L'espérance de vie, qui a toujours été considéré comme une mesure utile du bien-être et qui est en partie fonction du niveau de vie et de la qualité des soins de santé disponibles dans un pays donné est de 80.4 ans au Canada. Si ce taux est légèrement au dessus de la moyenne de l'OCDE qui est de 78.9 ans, il demeure nettement inférieur à celui d'autres pays comme la Suisse, l'Australie, l'Islande ou encore le Japon où on enregistre des moyennes nettement supérieures.
- Les dépenses en médicaments délivrés sur ordonnance augmentent au Canada à l'instar des autres pays et à un rythme plus rapide que les autres catégories principales de dépenses de santé. En fait, la part du total des dépenses de santé consacrée aux médicaments a connu la plus forte croissance au cours des vingt dernières années et elle continue de devancer la plupart des autres secteurs de la santé, y compris le secteur hospitalier. Avec une somme de 639 USD par personne en 2006, le Canada arrive en deuxième position, tout derrière les États-Unis (843 dollars US).

La problématique de l'accroissement des dépenses en santé : déconstruire des mythes tenaces et profondément erronés

L'accroissement des dépenses en santé a conduit les différents niveaux de gouvernement (provincial, territorial et fédéral) au Canada à mettre en œuvre des stratégies afin d'encadrer, limiter et rationaliser leur niveau, jugé excessif. Le secteur de la santé représente de toute évidence un axe d'activités important dans l'économie canadienne. Mais il est indéniable que les pouvoirs publics ne peuvent pas y consacrer davantage de ressources, dans la mesure où l'accroissement des dépenses de santé limite aussi les possibilités budgétaires des gouvernements à se consacrer à d'autres objectifs sociaux, y compris ceux qui auraient pu avoir une incidence positive sur l'état de santé de la population.[23] Sur fond d'une crise structurelle, systémique et complexe d'une médecine qui absorbe une part considérable de ses ressources, le système de santé au Canada doit aujourd'hui faire face à ses vieux démons et gérer les tensions économiques, institutionnelles et organisationnelles qui minent à la fois l'ambition et les efforts des pouvoirs publics de proposer une infrastructure sanitaire à la hauteur des attentes des citoyens tout en tenant compte des moyens disponibles. Au cours des dernières années, l'objectif des gouvernements fût donc d'essayer de réduire les coûts administratifs du système de santé et de reporter les

économies ainsi réalisées sur le diagnostic, les thérapies et les soins de prévention. Mais de plus en plus de recherches sur le sujet suggèrent que les pouvoirs publics ne doivent pas se borner à considérer les problèmes immédiats des finances et des déficits publics, mais qu'ils doivent se pencher sur la question plus large de l'efficacité de la prestation des soins de santé et de ses implications pour le bilan économique global.[24]

Dans un système comme le nôtre qui exclut totalement ou pour une grande partie les mécanismes de marché dans la détermination de l'allocation des ressources et dans l'adéquation de l'offre et des besoins, les objectifs en matière de prestation de soins devraient s'articuler sur des critères comme l'efficacité, l'équité et la distribution et enfin, l'éthique. Le premier exprime la capacité du système à proposer ses services pour un maximum de satisfaction compte tenu des contraintes économiques, politiques et structurelles. L'efficacité suppose aussi la recherche de nouvelles formes d'organisation sociosanitaire susceptibles d'améliorer la productivité des moyens de santé. Ceci suppose que l'amélioration des résultats en matière de santé implique que les gouvernements s'interrogent à savoir si l'accroissement des ressources fournies aux services de santé en général ne prive pas de ces mêmes ressources, d'autres programmes plus efficaces. Quant au deuxième, il résulte de la logique de répartition des ressources en santé selon l'origine (ethnique, de genre, d'âge, etc.) et les moyens des individus et englobe des aspects comme le respect de la dignité de la personne, la confidentialité, l'autonomie de l'individu, la rapidité et la qualité de la prise en charge et l'accès à des réseaux d'aide. En d'autres termes, les citoyens doivent avoir accès à un minimum incompressible de soins de santé, et le traitement ne doit pas être fonction uniquement du revenu mais plutôt des besoins réels de soins. De plus, il faut que les individus se voient offrir une certaine protection contre les conséquences financières de la maladie, et le paiement de cette protection doit être lié au revenu et non pas fondé sur le risque individuel. Enfin, la dimension éthique se rapporte au principe fondamental de justice sociale qui devrait caractériser tout système de santé.[25]

On ne peut nier aujourd'hui le fait que les questions liées au système de santé au Canada se sont rapidement intégrées dans une problématique économique, pour devenir elles-mêmes des catégories économiques, dans un contexte où le système est resté cantonné sur un modèle de gestion de l'offre caractérisé par l'absence de dispositif de régulation qui tienne compte d'une réalité en mouvance. Un ensemble complexe de facteurs cumulés a contribué à l'augmentation

des dépenses en santé. Mais l'état actuel des connaissances ne permet pas de les identifier tous et d'en déterminer l'importance relative. Les prédictions démographiques estiment que d'ici 2031, l'arrivée des baby boomers ferait passer la proportion des 65 ans et plus de 13% à 22% du Canada.[26] Bien que plusieurs invoquent l'argument du vieillissement de la population pour justifier l'accroissement des dépenses en santé et l'urgence de nouvelles réformes, il semble que l'effet attendu du vieillissement de la population ne soit pas aussi dramatique. Les estimations réalisées par Oxley et MacFarlan[27] suggèrent que les effets liés au vieillissement, à l'augmentation des revenus et à l'extension de la couverture des assurances n'expliquent qu'une partie de la croissance globale des dépenses. Evan et al.[13] renchérissent en faisant remarquer que les prédictions sur le système de santé, faites à partir des données actuelles, ne sont pas fiables. En effet, selon les données de 1970, on aurait dû assister aujourd'hui à une augmentation importante du nombre de jours d'hospitalisation mais en réalité, on a assisté à une chute des hospitalisations des deux tiers. Il ne suffit donc pas de prendre les données actuelles et de les projeter dans l'avenir. On doit aussi prendre en considération l'évolution des habitudes de vie, les découvertes de traitements plus efficaces et la mise en place de nouvelles politiques. Dans les faits, il semble possible de contenir l'effet du vieillissement de la population par des interventions préventives, de meilleurs traitements, et une emphase plus importante sur la réadaptation.

Selon Zhihong et al.[28], les nouvelles technologies qui ont émergé depuis une vingtaine d'années sont en partie responsables de l'augmentation des coûts en santé. En particulier, les technologies reliées à l'imagerie médicale (MRI, CT/PET Scan) utilisées de plus en plus pour établir les diagnostics sont extrêmement coûteuses. En particulier, les technologies reliées à l'imagerie médicale (MRI, CT/PET Scan) utilisées de plus en plus pour établir les diagnostics sont extrêmement coûteuses. Même si la génétique humaine et les traitements qui en découlent sont prometteurs, ils se révèlent très coûteux. L'imperfection du marché qui caractérise les technologies médicales et le fait que les pouvoirs publics en soient les principaux acheteurs n'incite nullement les fournisseurs à être compétitifs et à en diminuer les coûts.[2] Mais il est indéniable que l'allongement de l'espérance de vie lié au vieillissement de la population et l'accroissement des nouvelles technologies ne suffisent pas à justifier une augmentation du financement du système de santé publique. [29] L'existence de ces technologies n'implique pas qu'il faille les utiliser à tout prix. S'il est admis que certaines

innovations médicales peuvent contribuer à la réduction des coûts en permettant des traitements plus rapides et efficaces et en contribuant à l'amélioration de la productivité dans des domaines tels que la diminution des erreurs médicales, la réduction des soins non justifiés, mais aussi à l'amélioration de la qualité des soins de santé, d'autres technologies d'imagerie par exemple sont extrêmement dispendieuses.[30] Il incombe donc aux administrateurs de gérer l'utilisation des nouvelles technologies et de choisir celles qui sont à la fois abordables et indispensables. Les défis auxquels doit faire face le système de santé au Canada sont d'abord liés à une meilleure gestion de nos ressources.

La préoccupation économique et budgétaire des gouvernements pour une maîtrise des dépenses en santé souffre également à notre sens d'une faute de logique. En effet, il est peu probable que les citoyens qui sont couverts par une assurance maladie universelle qui leur garantit des soins plus ou moins accessibles, ainsi que le paiement ou le remboursement direct de la majeure partie leurs dépenses, décident volontairement de limiter leur consommation. Par ailleurs, à cette forte demande en soins de santé, répond une offre médicale et paramédicale en pleine expansion. Les professionnels de la santé se demandent logiquement pourquoi ils n'offriraient pas tous les services que réclament à la fois leurs clients, qui sont toujours solvables du fait de l'assurance dont ils disposent, et qu'exige le respect de leur éthique professionnelle devenue beaucoup trop élastique. Il n'est d'ailleurs guère surprenant de constater que les autorités publiques se heurtent à la fois à la résistance des malades et des professionnels à cet égard. En clair, même s'il est difficile de faire des projections de dépenses en matière de santé pour les gouvernements au Canada pour les vingt prochaines années, dans la mesure où certaines variables restent incertaines, les données dont on dispose actuellement suggèrent que l'importance des dépenses publiques en santé va croître, non seulement en niveau absolu, mais certainement aussi en proportion du revenu national.

En affinant notre analyse et en dépit du fait que les effets du vieillissement sur les dépenses en santé au Canada soient encore minimes, il convient de rappeler que la structure par âge de la population jouera un rôle déterminant à long terme, considérant le fait que la santé se dégrade avec l'âge et que les dernières années de l'existence sont celles où la demande de soins est la plus forte. Par ailleurs, des études réalisées aux États-Unis montrent que la majeure partie de l'augmentation des dépenses relatives aux groupes d'âge relativement élevé correspond à une utilisation plus importante des technologies coûteuses.[31]

Nous sommes d'avis qu'il est impérieux pour les gouvernements de chercher un meilleur équilibre entre les soins en régime hospitalier et les soins ambulatoires, étant donné que la technologie médicale facilite désormais le traitement des malades en dehors du cadre hospitalier. Il faut faire preuve d'ingéniosité et d'imagination afin de trouver des réponses alternatives qui ne passent pas nécessairement par une coupure dans les soins. En outre, les prestataires de soins de santé devront veiller à ce que les technologies médicales ne soient pas utilisées de façon abusive dans des domaines où les avantages marginaux sont faibles et les coûts élevés. C'est déjà par exemple le cas avec l'utilisation de la chimiothérapie au-delà d'un certain point. En même temps, il faut veiller aux effets pervers d'une telle démarche en évitant que ces technologies ne soient sous-utilisées dans les domaines où il est possible d'obtenir un bon rapport coût-efficacité, comme c'est le cas lorsque des thrombolytiques sont administrés suite à un infarctus. L'innovation dans les technologies de santé a été l'un des facteurs explicatifs de l'augmentation des dépenses observée dans le passé, et nous pensons que le moment est venu de soumettre celle-ci à un examen plus rigoureux et minutieux afin de faire des choix conséquents et éclairés afin que seules les technologies qui procurent des améliorations appréciables soient intégralement financées par les ressources des contribuables.

Le système canadien de santé s'est particulièrement détérioré au cours des dernières décennies et ce, en dépit de l'injection de milliards de dollars additionnels par les gouvernements. Cette situation amène à se demander si une augmentation des dépenses, comme le souhaitent diverses associations professionnelles et groupes de pression, suffirait à sortir le système de santé de son impasse. Il nous semble que d'autres changements sont requis, dans un contexte où la réduction des dépenses en santé s'est surtout faite par une forme implicite de rationalisation économique et par des mesures coercitives. Même si l'on fait le pari que des ressources financières supplémentaires sont nécessaires, il est illusoire de penser que les pouvoirs publics pourraient actuellement les combler. C'est pourquoi ceux-ci réfléchissent de plus en plus à la possibilité de nouer des partenariats entre secteur public et secteur privé afin de réduire la charge globale qui pèse sur les finances de l'État.

Les partenariats public-privé pour l'optimisation du système de santé : argument valable ou légende à déboulonner ?

L'augmentation croissante des dépenses en santé et les importants déficits publics engendrés au cours des dernières années poussent les gouvernements à envisager une

rationalisation des dépenses en santé, à une époque où les besoins se font de plus en plus grands, et où les ressources, sont, de plus en plus limitées. La santé n'a peut-être pas de prix (logique d'efficacité), mais elle génère un coût (logique d'efficience) que les États ont de la difficulté à supporter, compte tenu des pressions financières qui pèsent sur eux. À cela, il faut ajouter qu'en dépit des avancées médicales, les services hospitaliers sont graduellement exposés à une baisse de la qualité des soins prodigués aux patients, à l'accroissement des erreurs médicales et à l'augmentation de la mortalité intra hospitalière. Depuis quelques années, les milieux politiques s'acharnent à limiter la croissance des coûts du système de santé. Plusieurs estiment que le passage de l'État providence à l'État stratège et régulateur doit s'imposer également dans le domaine de la santé. Le renforcement de la concurrence dans le secteur de la santé publique force les pouvoirs publics à étudier des alternatives en matière de financement et d'organisation. Les partenariats entre l'État et les prestataires privés ou partenariats public-privé (PPP) apparaissent dans ce cadre comme une forme de coopération intéressante parce qu'elles permettraient l'optimisation des ressources et la répartition efficace des risques, en plus d'accroître la capacité des États à maintenir une vue d'ensemble stratégique de la prestation des soins de santé dans un cadre responsable et viable.[32]

Nishtar[33] précise que lorsque l'on parle du secteur public, on réfère habituellement aux paliers fédéraux et provinciaux, aux administrateurs municipaux, et à toutes les agences gouvernementales ayant le mandat d'offrir un service public. Le terme privé quant à lui se subdivise en deux catégories : 1) à but lucratif, ce qui englobe les entreprises commerciales de toutes tailles et 2) à but non lucratif, c'est-à-dire les organisations non gouvernementales sans but lucratif. Deber[34] réussit à bien nous éclairer en ajoutant une importante nuance souvent oubliée lorsqu'on examine la question du public et du privé en santé. L'auteure propose de distinguer la question du financement (financing) de celle de l'offre de services (delivery). En combinant ainsi les dimensions public/privé et financement/offre de services, il est plus facile de mieux saisir la complexité des enjeux. Au Canada, le financement du système de santé est majoritairement public (70%) et se fait par le biais des différents paliers de gouvernements. Cependant, l'offre des services est majoritairement privée. Les services de santé ne sont donc pas directement dispensés par l'État. Lorsqu'on parle donc de partenariats public-privé en santé, il est toujours utile de préciser la dimension à laquelle l'on réfère.

Au cours des dernières années, le terme général ASD

(Alternative Service Delivery) a été utilisé pour regrouper les options possibles des biens et services en matière de santé qui autrement, seraient exclusivement dispensés par le secteur public. Selon Bettignies et Ross[35], la sous-traitance, les contrats de services ou de gestion et même la privatisation pure et simple sont des concepts qui peuvent être regroupés sous la tutelle des ASD. Les partenariats public-privé sont en somme, l'évolution du principe de sous-traitance et ils impliquent habituellement le regroupement de responsabilités diverses par rapport à un même projet. Nikolic et Maikisch[36] explorent et définissent les différents types de PPP les plus fréquents dans le domaine de la santé que sont les contrats de services, les contrats de gestion, les contrats de construction, d'entretien et d'équipement, les contrats hybrides, les concessions, les initiatives des financements privé et la privatisation. Les contrats de services sont habituellement spécifiques et peuvent par exemple, toucher à un service comme les analyses de laboratoire ou les services alimentaires, et visent à profiter de l'expertise et l'expérience du privé pour améliorer la qualité et l'efficacité des services. Quant aux contrats de gestion, ils supposent un transfert de l'autorité administrative vers le privé, ce qui suppose que le privé a l'autorité et la responsabilité complète en matière de gestion, ce qui inclut la gestion des ressources humaines et financières. Les contrats de construction, d'entretien et d'équipement sont davantage courants et sont établis pour le développement, la revitalisation ou l'entretien des infrastructures des soins de santé.

Les contrats hybrides constituent pour leur part une combinaison des différents contrats mentionnés précédemment afin de répondre à un besoin ou à une situation particulière. Dans les contrats de type concessions, l'État demeure propriétaire de l'établissement mais le secteur privé s'occupe de l'opérer et l'entretenir. Ici, le privé assume aussi les nouveaux investissements. De manière générale, les concessions transfèrent la majorité du risque de l'investissement vers le secteur privé. Toutefois, le gouvernement fournit souvent une garantie de protection au partenaire privé dans le cas de revenus plus faibles que prévus. Quant aux initiatives de financement privé, ils constituent des contrats de concessions qui comportent un investissement relativement important de capital de la part du privé dans les soins de la santé.

Les partenariats public-privé ont fait et continuent encore de faire l'objet de vives controverses, de débats acrimonieux et de contestations dans de nombreux pays entre partisans et opposants. Aux critiques acerbes des milieux syndicaux et de certaines organisations professionnelles, il faut également ajouter les réticences des milieux universitaires et même

de certains professionnels de la santé qui doutent à la fois du pragmatisme, du réalisme et de l'efficacité de cette approche.

À contrario, les partisans des PPP allèguent que cette avenue est bénéfique d'autant plus que les PPP permettraient de réaliser des économies d'échelle pouvant aller de 15 à 25%, ce qui paraît substantiel et non négligeable dans le contexte économique actuel.[37] Mais au-delà des considérations idéologiques et des questions mathématiques, il nous apparaît nécessaire de faire évoluer le débat actuel sur les partenariats public-privé en santé en dépolarisant ceux-ci de leurs courants idéologiques et de leurs considérations dogmatiques et paradigmatiques. D'un point de vue strictement économique, les travaux de Bettignies et Ross[35] dressent une liste intéressante des avantages possibles des partenariats public-privés en santé. L'argument principal, c'est que la mise en concurrence des fournisseurs de soins de santé permettrait de réduire les coûts et d'augmenter la qualité. Si certains avantages présumés de ces partenariats sont discutables, il faut néanmoins admettre comme le soulignent les auteurs que la qualité d'un système de santé n'exige d'aucune façon que la prestation des soins soit impérativement assurée par un monopole public.

Ceci dit, les partenariats public-privés ne sont pas toujours synonymes d'économies. Dans leur étude sur les expériences de plusieurs pays sur ces partenariats en santé, McKee et al. [38] affirment que la construction de nouvelles infrastructures sanitaires fût généralement plus dispendieuse. Les auteurs ajoutent que des dépenses additionnelles sont ultérieurement assumées par l'État en raison du non respect des contrats par le partenaire privé. La réalité, c'est que le chemin qui mène vers des partenariats réussis en santé peut être long et parsemé d'embûches. L'introduction de mécanismes peut faciliter dans une certaine mesure l'ajustement de l'offre à la demande sanitaire en permettant la réduction des coûts et l'apport de ressources additionnelles. Le succès des partenariats public privé est intrinsèquement lié à la perspicacité de l'appareil public et à la capacité de l'État à prévenir les abus et superviser de façon compétente et rigoureuse, les activités du partenaire privé. Les expériences étrangères en la matière constituent une source importante d'information. Mais une grande prudence est de mise car un succès à l'étranger n'est pas garant d'un succès au Canada. En effet, les mœurs et coutumes, la situation économique et sociale, le climat politique et l'histoire de chaque pays influencent grandement la réussite ou l'échec de réformes. Les travaux menés par Zhihong [28] dans divers pays de l'OCDE permettent de faire les constats suivants : 1) un système de

santé mixte (public-privé) n'affecte pas négativement les soins de santé dans ces pays. En effet, un système de santé peut être public et universel sans pour autant que les soins soient quasi-exclusivement fournis par des établissements du secteur public. La France dans ce cas précis en est l'exemple le plus édifiant; 2) en incitant les établissements de santé à chercher constamment à améliorer la qualité de leurs services et à se démarquer des concurrents, les pouvoirs publics les encouragent ainsi à innover et à réduire les coûts du système.

Au-delà de ce qui précède, il faut souligner que les partenariats public-privés en santé sont loin d'avoir fait leur preuve et il y a lieu de se demander si l'on peut aujourd'hui, de façon réaliste, appuyer une réforme du système de santé au Canada avec des hypothèses aussi difficiles à vérifier. Il n'est pas inutile de se demander si système de soins tarudé par une logique économique marchande et des décisions en matière d'affectation et de répartition des ressources peuvent-elle reposer sur l'unique critère d'efficacité.[22] À cela, il faut ajouter que le financement privé des services médicaux, loin de renforcer le système public en « libérant » du temps et des ressources et en réduisant les listes d'attente, contribue à le dévaloriser sans compter que la mise en œuvre de régimes à financement mixte entraîne une gestion et une comptabilité lourdes. En outre, en matière de financement et prestation de soins, Higgins[39] soutient que l'implication du privé conduit souvent à une surprestation de services et à la suppression de certains programmes de prévention, non rentables (santé communautaire, sida, réadaptation et autres). Quoi qu'il en soit, il semble que les soins de santé ne peuvent être comparés dans une perspective purement économique, à des biens usuels de consommation car ils échappent aux lois du marché. S'il est indéniable que le système de soins de santé au Canada a longtemps fonctionné comme un « système ouvert » et que la perversion des incitations à la consommation médicale devient un objet d'inquiétudes, les abus en la matière ne représentent qu'un infirme pourcentage et il semble a priori difficile voire impossible de limiter la consommation médicales par des mesures exclusivement financières.[40,41,42].

La prestation privée des services de santé n'a de sens que dans la mesure où l'État peut en contrôler le rendement et imposer des critères de qualité. Or, un tel contrôle se révèle souvent coûteux et nombre de services de santé sont trop complexes pour être soumis à une telle surveillance. Les études économiques de l'OCDE[43,44] ont récemment démontré que la part des gouvernements en assurances comme en prestations exerçait une influence négative sur

le niveau des dépenses. En d'autres termes, plus la santé est étatisée, moins les citoyens consomment de soins, ce qui tranche radicalement avec certaines idées véhiculées par plusieurs intervenants dans le débat. Les États-Unis représentent le pays qui dépense le plus en proportion de son revenu per capita et où la part du secteur privé est la plus élevée. Inversement, l'Angleterre à une époque était le pays qui dépensait le moins grâce à la National Health Service (NHS). Ce système de santé est financé par les deniers publics et fournit la majorité des soins de santé, comme les soins de premier recours, les soins ambulatoires, les soins de santé relatifs aux affections de longue durée, l'ophtalmologie et les soins dentaires. Cette comparaison suggère que le développement de régimes privés d'assurance maladie peut augmenter les dépenses totales de santé, sans nécessairement alléger la charge publique.

En matière de prestation directe de services, les données empiriques ne permettent pas non plus de conclure que des partenariats avec le secteur privé permettraient d'améliorer hors de tout doute la qualité de service et de réduire les listes d'attente. L'engorgement des services de santé et les listes d'attente ont souvent été cités au Canada comme la démonstration de l'inefficacité du système de santé public. Les citoyens et professionnels de santé qui connaissent ces frustrations pensent, à tort ou à raison que le secteur privé pourrait être un remède. Hughes et al.[45] rapportent que les pays ayant fait recours au financement privé pour les systèmes de services de santé publics, ont tout de même enregistré des temps d'attente très longs, comparativement à ceux où le système de santé bénéficie d'un financement public.[45] De plus, Duckett[46] dans une étude en Australie a démontré qu'à l'intérieur d'un même pays, les temps d'attente dans les hôpitaux privés sont plus importants dans les régions où l'on dispense, en parallèle, davantage des soins de santé privés. Il semble que le phénomène s'applique aussi dans une certaine mesure à l'Angleterre selon les travaux de Besley et al.[47] Plus près de nous, dans la province canadienne du Manitoba, DeCoster et al.[48] ont réalisé qu'alors que les patients qui doivent déboursier des frais supplémentaires afin de subir une chirurgie de la cataracte au privé, ceux-ci devraient attendre 26 semaines alors que le temps d'attente dans le système n'était que de 10 semaines. Enfin, les études américaines montrent que les patients qui bénéficient de soins auprès d'établissements privés de santé sont exposés à un risque accru de mortalité que ceux qui fréquentent les établissements publics traditionnels.

On peut a priori considérer que les exemples qui précèdent comme anecdotiques. En dépit du fait qu'ils sont loin de

traduire à eux seuls, la quintessence du rôle du secteur privé dans le financement et la prestation des soins de santé et que les expériences étrangères méritent d'être prises pour ce qu'elles valent en raison des différences entre les systèmes de santé en matière d'acquisition, de financement et de prestation des soins, nous estimons qu'ils méritent tout de même d'être pris au sérieux. Il semble aujourd'hui difficile de donner une réponse claire et sans équivoque aux questions sur la réforme du système de santé. Une implication plus grande non contrôlée et mal maîtrisée du secteur privé dans le système de santé au Canada n'est pas une panacée et peut se révéler une incongruité dont les effets pourraient être néfastes sur l'accessibilité et la qualité des soins aux populations. En même temps, nous sommes d'avis que le privé a et aura un rôle à jouer aux côtés du secteur public dans la fourniture, la construction d'infrastructures de santé, et le financement et la gestion des soins de santé. Mais c'est faire preuve de témérité que de préconiser un modèle de rôle que devra jouer le privé dans un système public de santé. Celui-ci, nous le présumons, est fonction des valeurs, des choix de société, de l'expérience et de la réalité propres à chaque pays.

De nombreuses questions restent encore en suspens et on peut se demander à quels principes socio-économiques, politiques et réglementaires un système public-privé de financement et de prestation de soins de santé pourrait se conformer. Des recherches approfondies sont nécessaires afin de mieux éclairer les gouvernements sur une meilleure optimisation des ressources en santé et sur les façons dont le secteur privé pourrait mieux compléter le système de santé public. Mais au-delà du débat public-privé, l'enjeu véritable pour le système canadien de santé en est un de gestion et de réorganisation. Le défi des pouvoirs public aujourd'hui est d'utiliser de façon optimale les moyens d'une bonne gouvernance, afin de façonner un système de santé qui respecte, dans la mesure du possible, les préférences individuelles et les besoins des usagers. La question du financement est donc essentielle, mais insuffisante. D'autres aspects comme la continuité, l'intégration, et la coordination des services de soins de santé sont à considérer.

Conclusion

Depuis quelques années, le système de santé canadien est soumis à des forces de changement à la fois rampantes et soudaines qui suscitent chaque fois des débats enflammés certes, mais peu de bouleversements véritables. Ici comme ailleurs, les coûts de la santé explosent et professionnels, administrateurs et citoyens sont montrés du doigt. Quant au

pouvoir politique, il semble démuni face à l'ampleur de la crise et n'a trouvé dans son arsenal que des outils issus du compliqué qui préconisent une rationalisation économique à l'emporte-pièce. Les questions liées à l'organisation de ce système occupent de plus en plus l'avant-scène et il faut s'attendre à ce que les effets conjoints du développement de nouvelles techniques médicales et du vieillissement de la population aboutissent à une progression des dépenses de santé qui soit plus importante que celle de la richesse produite. Lorsqu'on cherche à rendre compte du dynamisme des dépenses de santé, les innovations techniques apparaissent comme le principal facteur de hausse du coût de la santé, loin devant la démographie. Deux phénomènes s'opposent : d'une part, comme dans le reste de l'économie, le développement des technologies médicales permet de réaliser des économies d'échelles; d'autre part, il autorise des traitements qui n'auraient pas été possibles auparavant, engendrant ainsi des coûts supplémentaires.

Ces constats commandent une réforme ambitieuse. En dépit de la relative unanimité sur l'urgence des réformes par la majorité des observateurs, leur nature et leur contenu restent encore imprécis. Si l'économie canadienne a longtemps brillé grâce à certains de ses aspects (fonctionnement des marchés des biens et du travail, capacité d'innovation, etc.), son système de santé présente en revanche des insuffisances sérieuses. Bien plus coûteux que ceux d'autres pays comparables, il ne semble pour autant pas plus efficace que la moyenne et le niveau record atteint par les dépenses en santé rend les défis et les enjeux d'autant plus cruciaux et délicats. L'appel à une plus grande place au secteur privé au chapitre du financement, de la prestation des services et de la gouvernance du système de santé ne résiste pas encore suffisamment aux évidences scientifiques. Ceci ne signifie pour autant pas qu'il n'y a pas un rôle que le secteur privé peut jouer dans notre système de soins de santé.[49] Il est possible que les défis liés à la conjoncture actuelle puissent trouver en partie des solutions dans le cadre d'un système public. Toutefois, l'expérience montre que les gouvernements ne devraient pas avoir peur d'explorer les avenues offertes par un système mixte en mettant en place des balises claires sur la place du privé, une réglementation appropriée, des garanties de soins pour les patients quels que soient leurs revenus et la pérennité du système public.

Au cours des dernières années, les gouvernements se sont donnés comme objectif de bâtir un système de santé qui protège la santé des individus tout au long de leur vie et de réduire l'incidence des principales maladies et des principaux traumatismes qui en résultent. Si ces efforts ont

indéniablement porté fruit en ce sens qu'ils ont jadis été utiles pour résoudre des problèmes de santé, le modèle sanitaire qui est le nôtre se révèle aujourd'hui incapable de faire face aux actuels bouleversements culturels, sociaux, démographiques et épidémiques qui sont ceux de notre époque. Il semble aujourd'hui difficile de changer les habitudes des uns et les intérêts acquis des autres : les médecins font de leur autonomie et de leur spécialité, l'alpha et l'oméga de leurs pratiques; la fonction du médicament comme seule garantie de la santé s'étend; les administrateurs du système semblent animés par une logique budgétaire qui l'emporte sur une gestion économique et médicale; l'hôpital et la médecine curative monopolisent le système de santé et l'équation médecine = santé est la seule considérée par la classe politique et les faiseurs d'opinions. Le développement des technosciences et la forte intervention médicale qui caractérisent nos sociétés contemporaines se sont doublés d'un changement paradigmatique quant à leur objet. D'une médecine qui se voulait sociale et collective et qui misait sur une approche écologique de la santé grâce à la prise en compte de ses principaux déterminants, nous sommes passés à une nouvelle définition de la santé comme supercatégorie normative et qui est principalement centrée sur une idéologie de la guérison au détriment de la promotion sanitaire et qui trop souvent échoue, en dépit des discours prometteurs, à prendre en considération les facteurs non médicaux qui ont des répercussions sur le bien-être des individus.

Dans un contexte où de nombreux pays s'enfoncent dans le désert sanitaire et que nombre de professionnels de santé se détournent du système[50], il est impératif de trouver le meilleur équilibre entre contraintes budgétaires et soins à la population, dans un esprit de responsabilité, sans défendre l'indéfendable et sans restructurer nos systèmes de santé à l'aveuglette. Certaines tentatives de réformes à la hache semblent aujourd'hui menées avec beaucoup d'amateurisme technocratique et bureaucratique, une concertation de façade, et un discours sur la responsabilité fiscale qui, au nom du mieux, fait souvent le mal.

Références

- 1.Hawe P, Shiell A. Social capital and health promotion. Soc Sci Med. 2000;51(6):871-85.
- 2.Commission on the Future of Health Care in Canada. Building on values: the future of health care in Canada. Saskatoon, Sask.: The Commission, 2002.
- 3.Baxter D, Ramlo A. Healthy choices: demographic and health spending in Canada 1980-2035. Report 26, July.

- Vancouver: The Urban Futures Institute, 1998.
4. MacKinnon JC. The arithmetic of healthcare. *Canadian Medical Association Journal* 2004;171:603-4.
 5. Cutler DM, Rosen AB, Vijan S. The value of medical spending in the United States, 1960–2000. *New England Journal of Medicine* 2006;355:920-7.
 6. Yach D, Bettcher D. The globalization of public health: threats and opportunities. *American Journal of Public Health* 1998;88:735-8.
 7. Jones AM, Rice N, Basho d’Uva T, Balia S. *Applied health economics*. London: Routledge, 2007.
 8. Kielhorn A, Graf von der Schulenberg JM. *The health economics handbook (2nd Ed.)* Chester: Adis International, 2000.
 9. Angus DE, Begin M. Governance in health care: dysfunctions and challenges. *Transactions of the Royal Society of Canada* 2000;VI(X).
 10. Tuohy CJ. *Accidental logics: the dynamics of change in the health care arena in the United States, Britain and Canada*. Oxford University Press, 1999.
 11. OECD. *OECD health data 2007*. Paris: OECD, 2007.
 12. Cremieux PYP, Ouellette P, Pilon C. Health care spending as determinants of health outcomes. *Health Economics* 1999;8(7):627–39.
 13. Evans RG, McGrail KM, Morgan SG, Barer ML, Hertzman C. Apocalypse no : population aging and the future of health care systems. *Canadian Journal of Aging* 2001;20:160-91.
 14. Hébert R, Dubuc N, Buteau M, Desrosiers J, Bravo G, Trottier L et al. Resources and costs associated with disabilities of elderly people living at home and in institutions. *Canadian Journal of Aging* 2001;20(1):1-22.
 15. Imbeau L, Chenard K, Dudas A. *Les conditions de la viabilité d’un système public de santé au Canada. Étude no 11, mémoire présenté à la Commission sur l’avenir des soins de santé au Canada, 2002.*
 16. Gauld RDC. Big Bang and the policy prescription: health care meets the market in New Zealand. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 2000;25(5):815-44
 17. Lisac M. Health care reform in Germany: not the big bang. *Health Policy Monitor* 2006; Available from URL: <http://www.hpm.org/survey/de/b8/2>. Accessed 15 May 2009.
 18. Wilensky G. Incremental health system reform: where medicare fits in. *Health Affairs* 1995;14(1):173-81.
 19. Aaron HJ, Reischauer RD. The medicare reform debate: what is the next step? *Health Affairs* 1995;14(4):8-30.
 20. Canadian Institute for Health Information. *Waiting for health care in Canada: what we know and what we don’t know*. Ottawa: 2006.
 21. Health and Welfare Canada. *Canada Health Act*. Ottawa: Government of Canada, 1984.
 22. Deber R. Getting what we pay for: myths and realities about financing Canada’s health care system. *Health Law in Canada* 2000;21(2):9-56.
 23. Naylor CD. Health care in Canada: incrementalism under fiscal duress. *Health Affairs* 1999;18(3):9-26.
 24. Sting M, Wilson D. *Efficiency versus wquality: health reform in Canada*. Fernwood Publishing, Halifax, and Regional Centre for Health Promotion and Community Studies, University of Lethbridge, 1996.
 25. Aday LA. Equity, accessibility, and ethical issues: is the U.S. health care reform debate asking the right questions. *American Behavioral Scientist* 1993; 36(6),724-40.
 26. Hebert R. The big boom: what CIHR’s Canadian longitudinal study on aging means to the baby boomer. *Healthcare Quarterly* 2003;6(3):19-20.
 27. Oxley H, MacFarlan M. *Health care reform: controlling spending and increasing efficiency*. OECD Working Paper Series: Economics Department: 149. Paris: OECD, 1994.
 28. Zhihong K, Fulford J, Park DE. *Reforming the Canadian healthcare system. A Report by the Vancouver Board Trade*. May 2006.
 29. Donaldson C, Mitton C, Currie G. Managing medicare: the prerequisite to spending or reform. *CD Howe Institute Commentary* 2002; 157:1-21.
 30. Weisbrod B. Healthcare quadrilemma : an essay on technological change, insurance, quality of care and cost containment. *Journal of Economic Literature* 1991;XXIX.
 31. Himmelstein DU, Woolhandler S. National health insurance or incremental reform: aim high, or at our feet? *American Journal of Public Health* 2003; 93:102-5.
 32. Reich MR. Public-private partnerships for public health. *Nat Med*. 2000;6:617-20.
 33. Nishtar S. Public-private partnerships in health – a global call to action. *Health Res Policy Syst*. 2004;2:5.

34. Deber R. Delivering health care services: public, not-for-profit, or private? Discussion Paper No. 17, Commission on the Future of Health Care in Canada, August 2002.
35. Bettignies JE, Ross TW. The economics of public-private partnerships. *Canadian Public Policy* 2004;(30):135-54.
36. Nikolic IA, Maikisch H. Public-private partnerships and collaboration in the health sector: an overview with case studies from recent European experience. *Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper*. October 2006.
37. Jütting J. Public-private-partnership and social protection in developing countries: the case of the health sector. Paper presented at the ILO workshop on the extension of social protection, Geneva, 1999.
38. McKee M, Edwards N, Atun R. Public-private partnerships for hospitals. *Bulletin of the World Health Organization* 2006;84(11):890-6.
39. Higgins J. The business of medicine: private health care in Britain, Londres: Macmillan Education Ltd, 1988.
40. Sloan FA. Not-for-profit ownership and hospital behavior. In: Anthony JC, Newhouse JP (eds). *Handbook of Health Economics*, Amsterdam: Elsevier Science, 2000;1141-1174.
41. Donaldson C, Currie G. The public purchase of private surgical services: a systematic review of the evidence on efficiency and equity. *Institute of Health Economics*, 2000, Working Paper, n° 00-9.
42. Rosa JJ. Les dépenses de santé doivent augmenter. Le diagnostic d'excès de consommation qui sert à justifier le rationnement administratif des soins n'est pas fondé. *Le Figaro économie*, vendredi 2 mars 2001.
43. OCDE. Les systèmes de santé des pays de l'OCDE. Faits et tendances 1960-1991. *Études de politiques de santé* 1993;3.
44. OCDE. La réforme des systèmes de santé : étude de dix-sept pays de l'OCDE. *Études de politiques de santé* 1994;5.
45. Tuohy CH, Flood CM, Stabile M. How does private financing affect public health care systems? marshalling the evidence from OECD nations. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 2004;29(3):359-96.
46. Duckett SJ. Private care and public waiting. *Australian Health Review* 2005;29(1):87-93.
47. Besley T, Hall J, Preston I. Public and private health insurance in the UK. *European Economic Review* 1998;42(3-5):491-7.
48. De Coster C, MacWilliam L, Walld R. Waiting times for surgery: 1997/98 and 1998/99 Update. *Manitoba Centre for Health Policy*, 2000.
49. Currie G, Donaldson C, Lu M. What does Canada profit from the for-profit debate in health care?" *Canadian Public Policy* 2003;29(2):227-51.
50. Egger D, Lipson D, Orvill D. Achieving the right balance: The role of policy-making processes in managing human resources for health problems. *Discussion Paper no 2 Under Issues in Health Services Delivery (Human Resources for Health)*. Geneva: World Health Organization, 2000.

Pour contacter l'auteur:

H. Sanni Yaya, PhD.

Researcher

The Élisabeth Bruyère Research Institute

REVTAR (Recherche sur le Vieillissement et les Transitions and Aging Research)

43 Bruyère Street

Ottawa, Ontario, K1N 5C8

Canada

Courriel: resyaya@gmail.com