

SEPTEMBRE 2024

LES SOINS DE SANTÉ TRANSFRONTALIERS PEUVENT-ILS ÊTRE LA SOUPAPE DE SÛRETÉ POUR LES LISTES D'ATTENTE AU CANADA?

Par Fred Roeder, avec la collaboration d'Emmanuelle B. Faubert

Des millions de Canadiens sont présentement sur des listes d'attente pour des diagnostics et des traitements médicaux¹. Bien que faire attendre les patients pour un traitement puisse entraîner une perte de revenus, des douleurs chroniques, la dépression, voire la mort, les temps d'attente pour des chirurgies telles que les prothèses du genou ou de la hanche ont malheureusement augmenté au cours des dernières années. En 2019, 70 % des patients ayant besoin d'une prothèse du genou l'ont reçue dans le délai de référence de 26 semaines. En 2023, cette proportion était tombée à 59 %. Il en va de même pour les arthroplasties de la hanche, dont la proportion réalisée dans les délais impartis est passée de 75 % à 66 %².

Jusqu'à présent, les solutions retenues pour faire face à ce problème au Canada n'ont pas été couronnées de succès. Il semblerait donc que le temps soit venu d'envisager des solutions de politiques publiques plus innovantes et moins conventionnelles pour répondre aux manquements des systèmes de santé au Canada.

De l'autre côté de l'Atlantique, les patients britanniques sont confrontés à des listes d'attente similaires³. Grâce à l'adhésion à l'Union européenne (UE), une opportunité s'est toutefois présentée au début des années 2000 pour les patients inscrits sur ces listes. (Le Royaume-Uni faisait alors partie de l'Union européenne et, à ce titre, a pu bénéficier de tous les avantages liés à cette adhésion.



Cette situation a pris fin lorsque le pays a quitté l'UE en 2020.)

En 2002, la ressortissante britannique Yvonne Watts, alors âgée de 71 ans, souffrait d'arthrite dans ses hanches. Elle a essayé de se faire soigner dans le système de santé britannique, mais le National Health Service (NHS) lui a dit qu'elle devait attendre 12 mois pour une prothèse de la hanche et que le traitement dans un autre pays de l'UE lui était refusé sous prétexte du « manque de gravité » de son état⁴.

M^{me} Watts a pris les choses en main et s'est fait opérer en France, payant de sa poche 3900 livres sterling, soit l'équivalent d'environ 10 673 dollars

Cette Note économique a été préparée par **Fred Roeder**, économiste de la santé et chercheur associé à l'IEDM et à SecondStreet.org, en collaboration avec **Emmanuelle B. Faubert**, économiste à l'IEDM. Elle est le fruit d'un effort collaboratif entre l'IEDM et le think tank canadien SecondStreet.org. La Collection Santé de l'IEDM vise à examiner dans quelle mesure la liberté de choix et l'entrepreneuriat permettent d'améliorer la qualité et l'efficacité des services de santé pour tous les patients.



canadiens en 2024. Elle a ensuite demandé un remboursement au Royaume-Uni, en faisant référence au marché unique de l'UE, mais le NHS a refusé sa demande⁵. Bien que M^{me} Watts n'ait jamais été remboursée pour son opération, elle a ouvert la voie à ce que l'on appelle aujourd'hui la directive européenne sur les droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers⁶.

L'Union européenne a utilisé le cas de M^{me} Watts pour s'attaquer aux délais d'attente en santé en codifiant les soins de santé transfrontaliers et en permettant aux patients de se faire soigner dans les pays voisins. Ce mécanisme a depuis servi de soupape de sûreté pour les patients européens.

En bref, la directive européenne sur les droits des patients créée en 2011 établit que les citoyens de l'UE sont autorisés à suivre un traitement médical électif dans un autre pays de l'UE, mais qu'ils ne seront remboursés que pour les services couverts dans leur pays de résidence, et jusqu'à un maximum du coût du traitement⁷.

LES AVANTAGES DES SOINS DE SANTÉ TRANSFRONTALIERS DANS L'UE

La directive européenne sur les droits des patients, parfois appelée « directive transfrontalière », offre aux citoyens de l'UE un choix plus étendu en ce qui concerne l'endroit où ils peuvent obtenir un traitement. Le nombre de patients qui traversent les frontières pour recevoir un traitement non urgent est plus restreint. La Commission européenne admet que la qualité des données sur les traitements à l'étranger est limitée en raison de l'absence de systèmes de déclaration harmonisés au niveau national. Parmi les données mesurables, la plupart des demandes autorisées de traitements transfrontaliers concernent des Luxembourgeois qui se rendent en Allemagne et des patients slovaques qui se rendent dans la République tchèque, des destinations voisines de leur pays d'origine⁸.

Si l'on inclut les traitements ambulatoires et les soins urgents (toujours déterminés à partir de données de faible qualité), on peut supposer que les dépenses liées aux traitements à l'étranger se sont élevés à environ 1 milliard d'euros en 2019, et que 2 240 000 patients au maximum ont été traités (ce qui représente environ 0,5 % de la population totale de l'UE et 0,1 % des dépenses totales de santé)⁹. Si l'on considère uniquement les traitements non urgents en 2022, plus de 450 000 résidents de l'UE ont eu recours à ce mécanisme, dépensant au total 118 millions de dollars canadiens, soit 0,01 % de l'ensemble des dépenses de santé des pays¹⁰.

Comme il s'agit d'un pourcentage extrêmement faible, il peut sembler peu important à première vue, surtout si on le compare à la population totale de l'UE (449 millions de personnes). Toutefois, ces faibles chiffres peuvent s'expliquer par le fait que les grands pays comme la France et l'Allemagne n'ont pas de listes d'attente significatives, ainsi que par les différences linguistiques entre les pays qui peuvent dissuader les patients de se faire soigner à l'étranger. Malgré cela, le mécanisme transfrontalier joue toujours son rôle de soupape : il n'est censé fonctionner qu'en cas de dysfonctionnement important du système de soins de santé, ce qui n'a pas été le cas en général (en dehors du Royaume-Uni).

Les citoyens de l'UE sont autorisés à suivre un traitement médical électif dans un autre pays de l'UE.

Ces soins de santé transfrontaliers compensent les lacunes des systèmes de santé nationaux

Il existe des disparités assez importantes dans le nombre de médecins par habitant au sein de l'Union européenne. Par exemple, l'État membre le plus riche de l'UE en termes de PIB, le Luxembourg, ne compte que 3 médecins pour 1000 habitants, alors que l'Allemagne en compte 4,5¹¹. Les soins de santé transfrontaliers compensent cette disparité : par habitant, le Luxembourg avait la plus grande part de ressortissants cherchant un traitement à l'étranger pour des services médicaux non urgents, avec 5342 patients en 2020 (soit 0,8 % de la population)¹². L'Allemagne, qui compte 83 millions d'habitants (125 fois plus) et n'a pas de listes d'attente, n'a vu que 8799 patients suivre un traitement programmé à l'étranger¹³. Si la situation de l'Allemagne devait se détériorer de manière significative, on s'attendrait certainement à une augmentation des traitements médicaux transfrontaliers pour ses citoyens.

Faciliter la recherche de traitements à l'étranger

Les patients n'ont pas besoin d'une autorisation préalable de leur système national de santé pour la plupart des traitements ambulatoires dans un autre pays de l'UE. En outre, les ordonnances délivrées dans un pays de l'UE sont valables dans tous les autres.

Cependant, alors que la plupart des pays de l'UE exigent une autorisation préalable pour les traitements spécialisés ou les traitements nécessitant au moins une nuit d'hospitalisation, en 2022, 80 % des demandes pour de tels traitements à l'étranger ont été approuvées (cela s'applique aux traitements qui nécessitent une autorisation préalable, tels que les traitements hospitaliers ou hautement spécialisés)¹⁴.

Des avantages pour la santé grâce à un traitement plus rapide

Des mesures telles que l'autorisation pour les patients d'aller se faire traiter à l'étranger pourraient bien augmenter les dépenses de santé à court terme, car il y a beaucoup de retard à rattraper avant que les délais d'attente ne soient réduits de manière significative. Mais le traitement plus précoce qui en résulte peut, à son tour, réduire le nombre de cas plus complexes, car des temps d'attente plus longs pour les patients (à la fois pour les diagnostics et les traitements) signifient des risques plus élevés que des maladies graves soient détectées trop tard, rendant le traitement soit plus coûteux, soit inutile. L'allongement des temps d'attente se traduit également par une baisse de la productivité de la main-d'œuvre, car de nombreux patients ne sont pas pleinement productifs lorsqu'ils sont malades, ce qui s'explique parfois par les répercussions importantes de la maladie sur la santé mentale.

Malgré une population plus jeune, la part du PIB consacrée aux soins de santé au Canada est comparable à celle de l'Allemagne et de la France, pays qui n'ont pas de temps d'attente pour les patients, mais qui offrent des traitements transfrontaliers conformément à leur appartenance à l'UE. Cela indique que la réduction des temps d'attente grâce au recours à des soins de santé transfrontaliers comme soupape pourrait conduire à une diminution du nombre de Canadiens devant attendre un traitement. Cela permettrait aux systèmes de santé provinciaux du Canada d'échapper au rattrapage constant des files d'attente et de se concentrer de manière proactive sur le traitement des nouveaux cas.

OBSTACLES PERSISTANTS AUX SOINS DE SANTÉ TRANSFRONTALIERS DANS L'UE

La Commission européenne admet que davantage de patients doivent être informés de leur droit d'être traités dans un autre pays de l'UE¹⁵. La sensibilisation est nécessaire pour développer les soins de santé transfrontaliers, ce qui permettrait de réduire les surcapacités et les pénuries dans

les États membres respectifs. Des pays comme la Finlande et la République tchèque sont exemptés à cet égard, car ils proposent des outils en ligne complets pour informer les patients de leurs droits et des options qui s'offrent à eux¹⁶.

La plupart des pays de l'UE exigent toujours une autorisation préalable et imposent des délais de remboursement

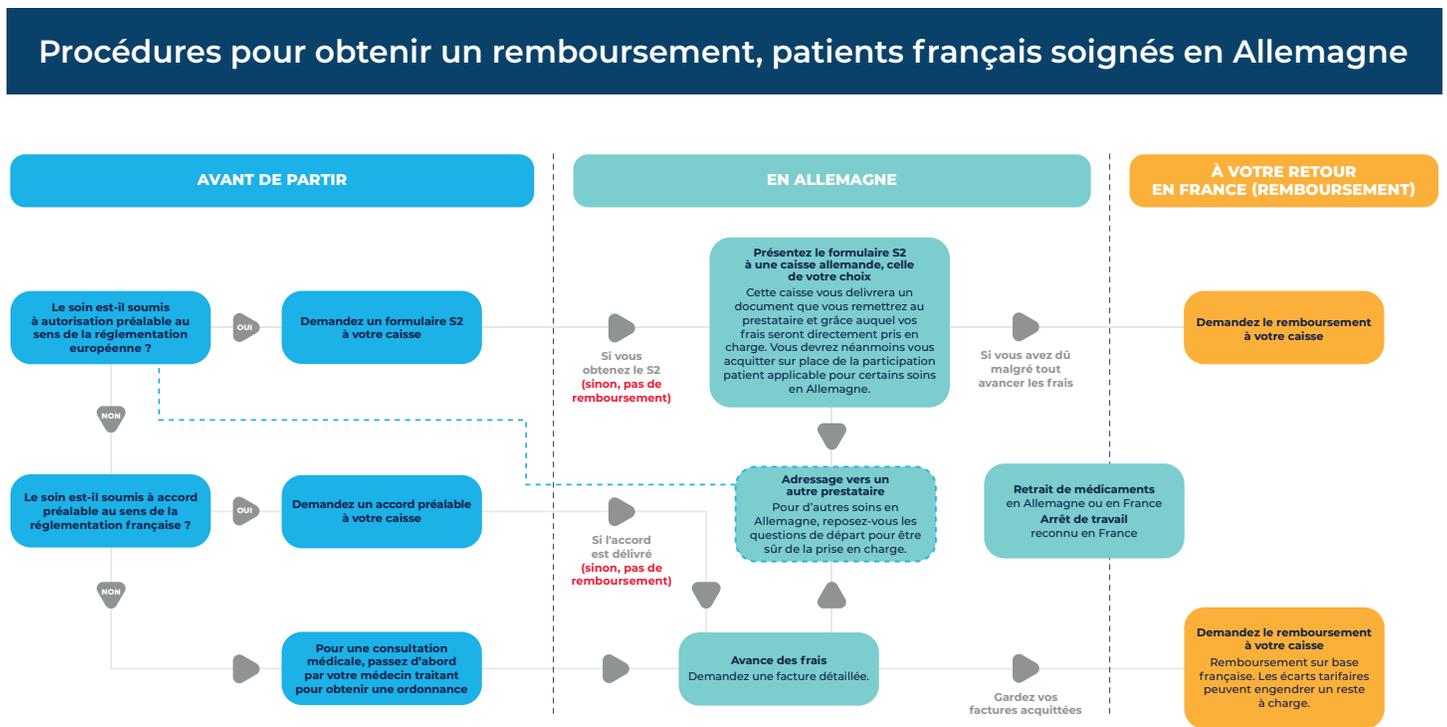
Bien que les patients voient généralement leur demande approuvée, ils doivent passer par des procédures bureaucratiques complexes avant de recevoir des traitements non urgents dans d'autres pays de l'UE si ceux-ci impliquent un séjour d'au moins une nuit dans un hôpital (voir la Figure 1). Cela tend à réduire les mouvements transfrontaliers, car la plupart des patients ne veulent même pas entamer le processus d'approbation. Sur les 27 États membres de l'UE, seuls 7 autorisent les patients à se faire soigner dans un autre pays de l'UE sans autorisation préalable (voir la Figure 2)¹⁷. En effet, dans de nombreux systèmes de santé, même les traitements d'hospitalisation domestique nécessitent une autorisation préalable de l'organisme national de santé concerné.

Des temps d'attente plus longs pour les patients signifient des risques plus élevés que des maladies graves soient détectées trop tard, rendant le traitement soit plus coûteux, soit inutile.

Sur les 27 pays de l'UE, seuls 5 disposent d'un système en ligne permettant aux patients de demander une autorisation pour un traitement à l'étranger¹⁸. Dans les États membres pour lesquels des données étaient disponibles, le délai moyen de traitement des remboursements pour des soins reçus dans un autre pays (pour les traitements nécessitant une autorisation préalable) était de 82 jours en 2022. Cela signifie que les patients ont attendu près de trois mois pour recevoir leurs remboursements¹⁹.

Certains payeurs, comme les caisses de santé obligatoires allemandes, déduisent également des frais administratifs de 5 % sur les remboursements de traitements à l'étranger, ce qui décourage encore davantage les traitements transfrontaliers²⁰.

Figure 1



Source : Eddie Pradler et Lydia Kassa, « Vos soins en Allemagne – Information destinée aux personnes qui résident et sont affiliées en France (et à leurs ayants-droit) », TRISTAN, Mai 2021, p. 3.

Manque de transparence sur les prix

La Commission européenne tient une liste des points de contact nationaux (PCN) destinés à aider les patients entrants et sortants à prendre la décision de se faire soigner dans d'autres pays²¹, mais il peut être très compliqué pour les patients de comprendre exactement combien sera couvert par leur système d'assurance national.

La transparence sur les prix ne semble pas exister et il y a un manque d'outils comparatifs en ligne que les patients peuvent utiliser pour déterminer la différence entre les coûts d'un traitement spécifique dans leur pays et dans le pays d'un autre État membre où ils souhaiteraient se faire soigner. Les sites web des PCN ont tendance à être vagues sur ce point également.

En raison des différences de conception des systèmes de santé nationaux, les informations sur les prix nécessaires aux patients pour comprendre a) le niveau de remboursement de leur système de santé et b) le coût d'un traitement dans un autre pays membre, sont souvent tout simplement absentes. Les autorités publiques devraient fournir ce type d'informations afin que les citoyens comprennent parfaitement les

options qui s'offrent à eux en matière de soins de santé.

Procédures bureaucratiques complexes

Le manuel du patient de l'UE sur les traitements transfrontaliers donne une bonne idée du nombre d'étapes bureaucratiques qu'un patient doit franchir pour que son traitement soit pris en charge ou remboursé²². Un guide régional franco-germano-suisse tente d'illustrer les démarches d'un ressortissant français pour se faire soigner en Allemagne (voir la Figure 1).

Cela permettrait aux systèmes de santé provinciaux du Canada d'échapper au rattrapage constant des files d'attente et de se concentrer de manière proactive sur le traitement des nouveaux cas.

Les patients ont besoin de comprendre le montant potentiel des dépenses à leur charge pour un traitement donné dans un autre pays. Une

solution simple, en une ou deux étapes, permettant aux patients de bénéficier d'une transparence des prix, d'une approbation facile et d'un remboursement, fait cruellement défaut.

CONCLUSION

Les temps d'attente au Canada sont un problème croissant pour les patients de toutes les provinces. Les récentes mesures prises par la Colombie-Britannique visant à réduire les listes d'attente prévoient d'envoyer les patients dans d'autres provinces et d'autoriser les prestataires de soins privés à fournir des soins de santé à leurs patients²³.

De même, l'Association médicale canadienne a soutenu la mise en place d'une « soupape de sûreté pour les temps d'attente financée par l'État », qui permettrait aux patients de se faire soigner en dehors de leur province d'origine lorsque l'attente est trop longue, mais elle a ensuite rejeté l'idée d'étendre cette mesure à l'extérieur du pays²⁴.

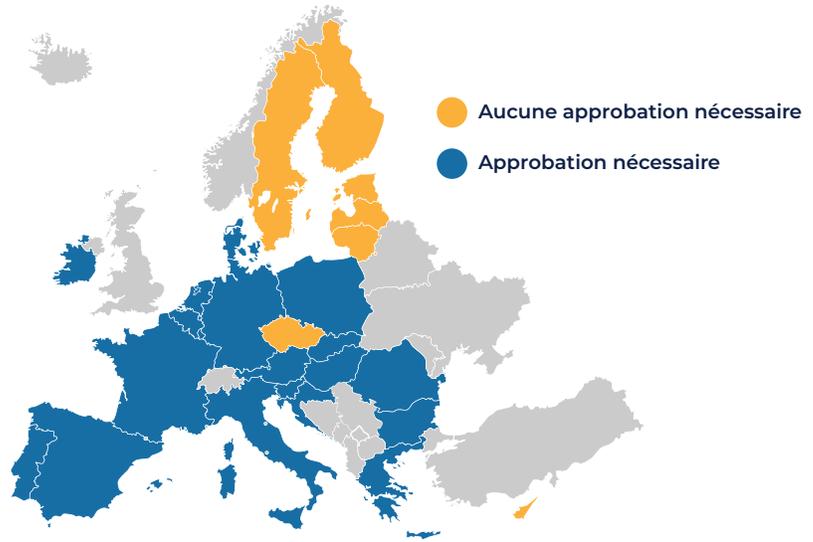
Mais regarder au-delà des frontières du Canada semble être une mesure avisée pour réduire les temps d'attente des patients à court terme. L'exemple de l'UE montre qu'un tel mécanisme pourrait en effet servir de soupape, en libérant des patients des listes d'attente et en réduisant les délais de traitement grâce à une utilisation efficace des infrastructures de soins de santé à l'étranger.

Les soins transfrontaliers dans l'UE peuvent réduire de manière significative les temps d'attente des patients sans créer de charges financières supplémentaires pour les États membres.

Un système efficace grâce auquel les patients canadiens peuvent obtenir des services médicaux non urgents à l'étranger (soit chez nos voisins, les États-Unis, soit dans un pays de l'OCDE

Figure 2

Pays de l'UE qui exigent une autorisation préalable pour les traitements transfrontaliers



Source : Commission européenne, « Report from the Commission to the European Parliament and the Council on the Operation of Directive 2011/24/EU on the Application of Patients' Rights in Cross-Border Healthcare », 5 mai 2022. Il convient de noter que, bien que les Pays-Bas ne disposent d'aucune législation officielle concernant l'autorisation préalable, celle-ci semble être exigée par leurs assureurs dans le domaine de la santé.

où les normes et la sécurité des soins sont similaires) contribuerait à réduire les temps d'attente et à donner plus de choix aux patients. Les leçons tirées de l'état actuel des soins de santé transfrontaliers dans l'UE sont assez claires : le patient devrait être remboursé au moins pour le montant que coûte le traitement dans sa province d'origine, et les formalités administratives et les longs délais de traitement des demandes d'autorisation devraient être réduits au minimum.

Grâce à la directive sur les droits des patients, les citoyens de l'UE ont davantage de choix quant à l'endroit où ils souhaitent recevoir un traitement médical. Les soins transfrontaliers dans l'UE peuvent réduire de manière significative les temps d'attente des patients sans créer de charges financières supplémentaires pour les États membres. Bien que le volume des traitements transfrontaliers reste minime en Europe, la directive transfrontalière représente une soupape de sûreté efficace pour les patients au cas où les soins offerts dans leur pays commenceraient à se détériorer.

Dans une prochaine phase potentielle, un plus grand nombre de pays (dont les services de santé peuvent être considérés comme sûrs et fiables)

devraient envisager de reconnaître mutuellement leur système de santé et d'autoriser les patients à se faire soigner dans chacun d'entre eux. Les patients seraient remboursés selon leur taux de couverture national et auraient la possibilité de souscrire une assurance complémentaire pour couvrir la différence de prix entre le système de

santé de leur pays et celui du pays où le traitement a été prodigué. Il en résulterait une diminution du nombre de patients sur les listes d'attente, et ceux-ci attendraient moins longtemps un traitement au Canada : une avancée de politique publique sur laquelle tout le monde peut s'accorder.

RÉFÉRENCES

1. Second Street, « Number of Canadians on Health Care Waitlists Rises in 2023 », 26 décembre 2023.
2. Institut canadien d'information sur la santé, « Explorez les temps d'attente pour les interventions prioritaires au Canada », 2019-2023. Accédé le 3 septembre 2024.
3. Andrew Gregory, « Growing Number of People Face 18-month Waits for NHS Care in England », *The Guardian*, 12 octobre 2023.
4. Nick Triggle, « The NHS Hidden Waiting Lists Terrifying Patients », BBC News, 19 février 2024; G.T. Davies, « The Effects of Mrs. Watts Trip to France on the National Health Service », *King's Law Journal*, vol. 18, no 1, 2007, p. 159.
5. Calcul basé sur le taux de conversion de 1,73 en mars 2003, ajusté à l'inflation.
6. G. T. Davies, *op. cit.*, note 4., p. 159.
7. Cela inclut aussi la Suisse, la Norvège, l'Islande et le Liechtenstein qui sont aussi des États membres de l'AELE. Voir: Commission européenne, « Member State Data on Cross-Border Patient Healthcare Following Directive 2011/24/EU », janvier 2024, p. 12.
8. *Ibid.*, p. 35.
9. *Ibid.*, p. 47; Union européenne, « Facts and Figures on Life in the European Union », Eurostat, en ligne. Pour le montant dépensé et le nombre de patients traités entre 2018 et 2021, voir: Frederic De Wispelaere, Lynn De Smedt et Jozef Pacolet, « Cross-Border Healthcare in the EU Under Social Security Coordination – Reference Year 2020 » Commission européenne, octobre 2022, tableau 7, p. 32.
10. Commission européenne, *op. cit.*, note 7, tableau 11, p. 40 et tableau 14, p. 6-47. Taux de conversion de 1,37 utilisé dans le calcul. Ces chiffres ne tiennent pas compte des traitements non planifiés et des urgences lors de voyages à l'étranger. Contrairement aux traitements non urgents, les citoyens de l'UE n'ont pas besoin d'autorisation préalable pour les traitements non planifiés (urgences) lorsqu'ils se rendent dans un autre État membre de l'UE. Si le pays couvre la procédure pour laquelle le patient est traité, ce dernier n'aura pas à supporter de coûts supplémentaires et recevra des soins comme ce serait le cas s'il vivait dans le pays où il recevra le traitement.
11. World Bank Group, « Médecins (par 1000 habitants) » Organisation mondiale de la Santé/OCDE, En ligne. Les données pour l'Allemagne sont plus récentes (2021) que pour le Luxembourg (2017).
12. Frederic De Wispelaere, Lynn De Smedt et Jozef Pacolet, *op. cit.*, note 9, p. 56. Données sur la population du gouvernement du Luxembourg, « Une population ouverte et cosmopolite », 19 avril 2024.
13. Les délais d'attente en Allemagne ne sont généralement pas bien mesurés. *Idem*. Ces chiffres doivent être examinés avec soin, car il existe également des accords bilatéraux de soins de santé transfrontaliers entre plusieurs États membres de l'UE, mais le flux de patients dans le cadre de ces ententes n'est pas enregistré dans les statistiques de l'UE.
14. Frederic De Wispelaere, Lynn De Smedt et Jozef Pacolet, *op. cit.*, note 9, p. 10.
15. European Union of Private Hospitals, « Patients' Rights in Cross-Border Healthcare: Where do we Stand », 2016.
16. Voir par exemple: Contact Point for Cross-Border Health Care, « Seeking Treatment Abroad Without Prior Authorization », 2 mai 2024.
17. La Norvège est aussi incluse dans cet accord. Voir: Commission européenne, « Report from the Commission to the European Parliament and the Council on the Operation of Directive 2011/24/EU on the Application of Patients' Rights in Cross-Border Healthcare », 5 mai 2022.
18. Commission européenne, *op. cit.*, note 7, p. 26.
19. *Ibid.*, p. 32. Il faut noter que les informations n'étaient pas disponibles pour sept États membres (Belgique, Bulgarie, Allemagne, France, Australie, Pologne et Portugal).
20. Eddie Pradler et Lydia Kassa, « Ihre Behandlungen in Frankreich - Informationen für Personen, die in Deutschland wohnen und dort gesetzlich versichert sind », TRISTAN, mai 2021, p. 8.
21. Commission européenne, « National Contact Points for Cross-Border Healthcare », 9 avril 2024.
22. Commission européenne, « Manual for Patients: Patient's Right to Accessing Healthcare in an EU/EEA Country », 2019.
23. The Canadian Press, « B.C. Conservatives Pitch Health-Care Changes, More Private Clinics », *The Globe and Mail*, 18 juillet 2024.
24. Association médicale canadienne, « Managing the Public-Private Interface to Support Quality Care », Draft CMA Policy, 2024, p. 7.

L'IEDM est un *think tank* indépendant sur les politiques publiques, avec des bureaux à Montréal et Calgary. Par ses publications, ses apparitions dans les médias et ses services consultatifs aux décideurs politiques, il stimule les débats et les réformes des politiques publiques en se basant sur les principes établis de l'économie de marché et sur l'entrepreneuriat. Les opinions émises dans cette publication ne représentent pas nécessairement celles de l'IEDM ou des membres de son conseil d'administration. La présente publication n'implique aucunement que l'IEDM ou des membres de son conseil d'administration souhaitent l'adoption ou le rejet d'un projet de loi, quel qu'il soit. Reproduction autorisée à des fins éducatives et non commerciales à condition de mentionner la source. IEDM © 2024

910, rue Peel, bureau 600, Montréal (Québec) H3C 2H8 T 514.273.0969
150, 9^e Avenue SW, bureau 2010, Calgary (Alberta) T2P 3H9 T 403.478.3488