

Février 2008  
Note socio-économique

## Le Québec bénéficierait-il d'une présence accrue du privé en santé ?

L'avenir du système de santé québécois semble de plus en plus précaire. Les problèmes de listes d'attentes, le vieillissement de la population et la crise des finances publiques semblent être autant de facteurs nécessitant une transformation en profondeur de ce système. Dans cette note, l'IRIS évalue le bien-fondé des différents arguments évoqués dans l'espace public sur cette question. En analysant les grandes critiques faites au système actuel qui appelleraient à l'ouverture au privé, nous montrerons les limites de cet argumentaire, entre autres par l'étude de certains exemples étrangers. Nous terminerons en proposant quelques pistes de solutions permettant d'adapter le système de santé sans remettre en cause l'universalité des soins, comme le fait la privatisation.

Les critiques concernant le réseau de santé public se sont intensifiées depuis plusieurs années au Québec. Trois d'entre elles sont dirigées à l'endroit du système actuel par les partisans d'une privatisation. La première tient à l'imminence d'un choc démographique sans précédent, dû à l'arrivée à la retraite des *baby-boomers*, qui aurait pour effet de surcharger les services hospitaliers. La seconde porte sur l'incapacité de payer de l'État, faute d'une marge de manœuvre financière permettant de corriger les dysfonctions du système de santé. Finalement, on affirme volontiers que l'État est doté de structures trop lourdes, trop coûteuses, inflexibles et inadaptées, qui mineraient sa capacité à offrir des services de qualité. Une des preuves de cette inefficacité serait la longueur des listes d'attentes pour l'accès aux soins. À en croire ses promoteurs, un système privé parallèle serait plus efficace et moins cher et permettrait de désengorger le système public et de lui apporter un meilleur financement.

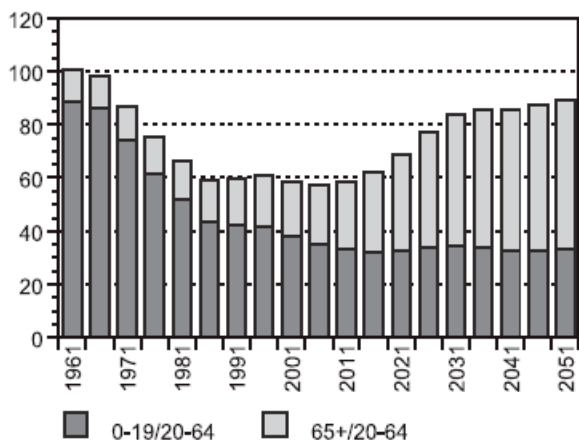
## La notion de choc démographique

La population du Québec vieillit. Ce changement démographique aura indéniablement des conséquences. Il semble néanmoins important de démonter certains lieux communs, sans même devoir se livrer à une étude exhaustive du sujet. Lors de la commission parlementaire sur l'avenir du système de santé, Mme Claudette Duclos, de l'Association médicale du Québec<sup>1</sup>, a présenté comme une évidence ce choc démographique : « Chaque Québécois actuellement voit alentour de lui ce qui se passe par rapport à la démographie; même pas nécessaire d'avoir des études devant nous »<sup>2</sup>. Il n'est pas si évident, cependant, que le vieillissement de la population entraînera un choc démographique aux conséquences intenable pour le système public de santé.

La viabilité des services publics repose, entre autres, sur la capacité de l'État à maintenir un système de redistribution de la richesse, au moyen des taxes et impôts. En juillet 2005, le rapport Ménard affirmait que l'on compte actuellement cinq travailleurs pour chaque retraité, alors qu'en 2030 il n'en resterait que deux<sup>3</sup>. Dans cette optique, il n'y aurait alors plus suffisamment de travailleurs pour soutenir une population vieillissante et nécessitant plus de soins. Cependant, la chute du nombre de travailleurs paraît bien moins insoutenable lorsqu'on se livre à un calcul plus complet, en comptabilisant la *population dépendante* (soit les aînés et les autres personnes inactives, notamment les mineurs), plutôt que de considérer uniquement la hausse du nombre des 65 ans et plus<sup>4</sup>. En effet, même s'il y a augmentation du nombre des aînés, cette hausse sera en partie contrebalancée par la diminution du nombre de jeunes, de sorte que la réduction du ratio travailleurs/dépendants (qui passera seulement de 1,8 à 1,3) sera bien moins marquée que celle du ratio travailleurs/retraités.

Au graphique 1, nous constatons que le rapport de dépendance démographique était bien plus important en 1961 que celui que l'on anticipe pour les quatre prochaines décennies. Certes, on prévoit un changement de composition de la population dépendante (moins de jeunes et plus de personnes âgées), mais sa proportion face au reste de la population n'augmente pas. Donc, si cette évolution appelle sans doute une transformation des investissements d'énergie et de ressources, elle ne nécessite pas pour autant une hausse de ces investissements.

GRAPHIQUE 1 : Rapport de dépendance démographique, Québec, 1961-2051



L'année de référence est 1961 (100)  
Source : Gauthier et al., 2004<sup>5</sup>

En outre, le vieillissement de la population n'est pas un phénomène nouveau, et il n'y a donc pas actuellement de rupture majeure avec le passé<sup>6</sup>. En effet, si la proportion de personnes âgées sera de 27,8 % en 2036 alors qu'elle était de 13,9 % en 2006, il est instructif de rappeler qu'elle n'était que de 7,7 % en 1976. Il n'est donc pas exact d'avancer que les sociétés occidentales sont présentement placées devant un « choc » démographique; il serait plus juste de parler d'une lente transformation. Lors du dernier demi-siècle, la pyramide démographique a évolué en fonction du parcours des baby-boomers. Ces chiffres montrent que l'élévation de l'âge moyen au sein de la population est constante depuis déjà trente ans et que, tout comme on a trouvé des solutions pour faire face à d'autres fluctuations (p. ex. agrandir le système d'éducation au moment où les jeunes étaient en plus grand nombre), on peut continuer à apporter des correctifs au système public sans baisser les bras et le juger incapable de répondre à la demande.

Il faut de plus nous interroger sur la part des hausses des coûts de santé attribuable au vieillissement de la population. Ce n'est pas tant le *vieillessement* qui fait augmenter ces coûts après 65 ans. Le stade qui nécessite beaucoup plus de soins et entraîne donc plus de dépenses est plutôt celui qui précède de peu le décès (les cinq années précédentes). Une personne peut donc vivre plusieurs décennies après sa retraite sans imposer de charge supplémentaire au système de santé<sup>7</sup>. Par ailleurs, les progrès technologiques réalisés en médecine ces dernières années contribuent à réduire ce qu'auraient été les coûts traditionnels du vieillissement de la population. On constate également que le vieillissement lui-même n'est responsable que d'une partie de l'augmentation des coûts, la part du lion s'avérant attribuable à d'autres causes, comme l'usage accru des médicaments dans notre société<sup>8</sup>.

Dernière note sur le thème de la démographie : la contribution socio-économique des personnes âgées. Même en restreignant l'analyse au strict plan économique, il appert d'une étude mondiale, réalisée en collaboration par la banque HSBC et l'Oxford Institute of Ageing, que les personnes âgées contribuent davantage à la société qu'elles ne grèvent ses ressources<sup>9</sup>. En évaluant l'apport des aînés en termes d'impôts sur leurs revenus, de support familial et de travail bénévole, c'est en milliards de dollars que se mesure leur soutien au trésor public dans les pays industrialisés.

Bref, même si le profil démographique du Québec va connaître des changements importants, ceux-ci ne seront pas si différents de la tendance des trente dernières années et n'entraîneront pas pour les finances publiques de « choc démographique » aux conséquences sans précédent. En effet, pour résumer, le taux de dépendance nous montre que s'il y a plus de personnes âgées, il y a moins de jeunes et donc que la dépendance aux travailleurs actifs ne fluctue pas beaucoup. De plus, le vieillissement de la population n'est pas le moteur de la plus grande part de l'augmentation des coûts en santé, et il importe de prendre en compte les nombreux apports des aînés.

Voyons maintenant quelle capacité à l'État québécois de répondre à cette conjoncture démographique et à ses effets sur le système de santé.

## La santé et les ressources de l'État

Les promoteurs d'une privatisation du système public soutiennent habituellement que la santé coûte trop cher à l'État et que la part du budget public consacrée à ce secteur devient disproportionnée. Elle atteindrait jusqu'à 43 % des dépenses publiques québécoises<sup>10</sup>. De plus, puisque cette part des dépenses est présentée comme en expansion, il faudrait recourir au privé pour trouver de l'argent neuf. Qu'en est-il réellement ?

Au chapitre des dépenses gouvernementales en santé, nous observons que ces coûts semblent avoir beaucoup moins augmenté que d'aucuns ne l'avancent et surtout que leur hausse n'est pas tant attribuable aux coûts du système public qu'aux dépenses privées<sup>11</sup>.

D'abord, lorsque comparés à l'ensemble des sommes investies dans les programmes gouvernementaux, les coûts liés à la santé (dans les secteurs privé et public) sont passés de 30 % à 38 % entre 1976 et 2006, selon les chiffres de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Pourtant, l'ICIS inclut dans ses paramètres comptables davantage de dépenses que ne le fait le Ministère des Finances du Québec<sup>12</sup>.

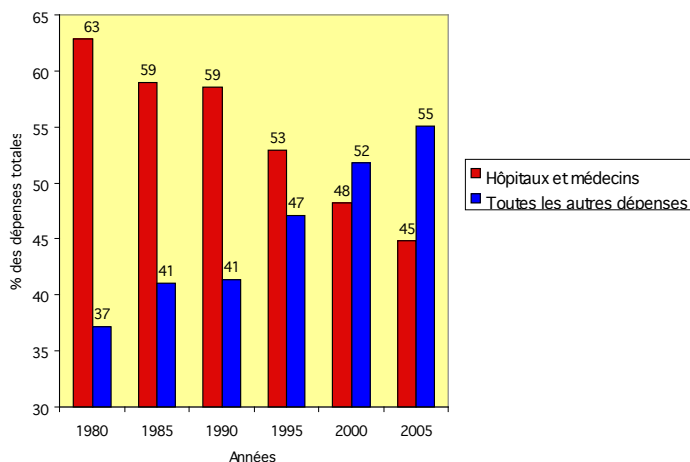
En second lieu, on sait que l'essentiel de l'augmentation des coûts sur trente ans a eu lieu durant la dernière décennie. Or, les cinq dernières années correspondent à la période durant laquelle les recettes de l'État ont diminué de près de cinq milliards, suite à des baisses d'impôts<sup>13</sup>. En d'autres mots, l'augmentation du pourcentage du budget provincial alloué à la santé s'explique moins par une hausse des coûts en santé

(numérateur) que par une baisse des subsides gouvernementaux (dénominateur).

D'autres données appuient cette lecture. Plutôt que de comparer uniquement les coûts de santé aux dépenses gouvernementales, il est révélateur de comparer les coûts du système à la richesse collective ou encore aux revenus gouvernementaux. Dans les deux cas, on constate une stabilité du coût de la santé au Québec au cours des quelque trente dernières années. Comparées au produit intérieur brut (PIB) québécois, les dépenses de santé sont stables : elles oscillent entre 6,4 % et 7,4 % depuis 25 ans. De la même façon, si on la compare aux revenus de l'État, la part publique des dépenses en santé (services médicaux et hospitaliers) a très peu varié depuis trente ans, soit de 30 % à 34 %<sup>14</sup>.

On observe, au graphique 2, que ce sont les dépenses privées qui expliquent la plus grande part de la hausse des coûts de santé. Alors que depuis 25 ans, la proportion des coûts associés aux services hospitaliers et aux médecins est en diminution constante, étant passée de 63 % en 1980 à 45 % en 2005, on remarque que les autres dépenses en santé, entre autres les dépenses associées aux médicaments, ont connu une progression importante, passant de 37 % à 55 % en 2005.

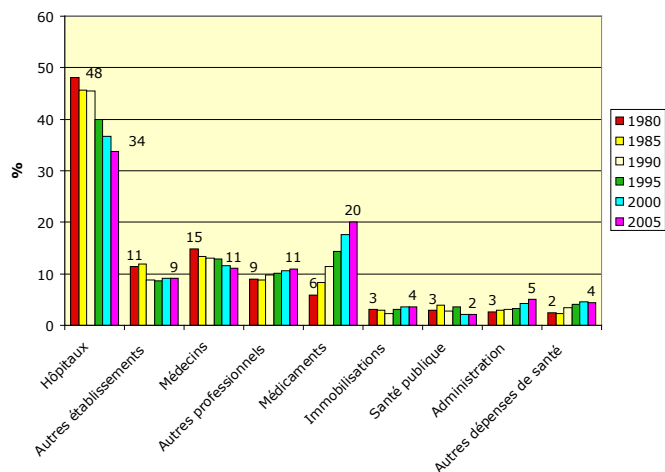
**GRAPHIQUE 2 : Dépenses sur les services médicalement requis au Québec (1980–2005)**



Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

Par exemple, les dépenses en médicaments augmentent deux fois plus rapidement que les autres dépenses en santé. Comme on peut le voir au graphique 3, le pourcentage des dépenses en santé correspondant aux médicaments a plus que triplé en 25 ans, passant de 6 % à 20 %, alors que la part destinée au financement des hôpitaux est passée de 48 % à 34 %.

**GRAPHIQUE 3 : Structures des dépenses totales de santé au Québec (1980–2005)**



Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

Cela soulève la question de la hausse du prix des médicaments, souvent justifiée par les sommes importantes qu'investirait l'industrie dans la recherche et le développement de nouveaux produits. Pourtant, une étude menée récemment sur les entreprises pharmaceutiques aux États-Unis révèle que celles-ci dépensent deux fois plus d'argent en marketing (57,5 milliards de dollars) qu'en recherche et développement (29,6 milliards de dollars)<sup>15</sup>. Au Canada, on estime que deux facteurs principaux expliquent l'augmentation des dépenses en médicaments : l'augmentation de leur volume d'utilisation et l'arrivée sur le marché de nouveaux produits, souvent lancés à des prix plus élevés<sup>16</sup>.

En somme, on ne saurait affirmer que les dépenses publiques en santé ont augmenté de manière dramatique au cours des dernières années. Par contre, on constate que dans les secteurs privés de la santé, comme celui des médicaments, les prix ont beaucoup augmenté, et ce pour des raisons extérieures aux enjeux de santé publique. Si ce n'était de cette inflation du coût et du volume d'utilisation des médicaments, couplée à une réduction systématique des revenus de l'État, celui-ci aurait encore les moyens d'entretenir un système public universel.

Voyons maintenant si des entreprises privées seraient réellement à même de gérer le réseau de la santé plus efficacement.

## Comparaison entre le privé et le public en santé

Comment le public et le privé se distinguent-ils dans le domaine de la santé en ce qui a trait à l'accessibilité, la qualité et l'efficacité des soins ?

**A) L'ACCESSIBILITÉ**

Des entreprises privées auraient-elles la capacité de désengorger le système public et de rendre plus accessibles les soins de santé pour la population ? L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) fait valoir que les « assurés d'un régime privé peuvent en particulier bénéficier de délais plus courts pour la chirurgie électorive. Mais rien ne permet de dire que cela réduit du même coup les temps d'attente dans le secteur public, qui est le seul choix possible pour les catégories à faible revenu. » L'OCDE ajoute que l'accès à l'assurance-maladie privée est « souvent inéquitable, du fait surtout que ce sont généralement les catégories à haut revenu qui souscrivent à ce type d'assurances »<sup>17</sup>. Seules les personnes les mieux nanties bénéficieraient donc de la présence du privé dans le domaine de la santé.

Quant au principe d'étanchéité, qui interdit à des médecins du réseau public de pratiquer dans le privé et inversement, l'abandonner serait nuisible aux services de santé en raison d'un effet paralysant sur le système public. En effet, des incitatifs financiers majeurs s'offriraient indirectement à tous les médecins œuvrant dans les deux systèmes, puisque plutôt que de faire le maximum pour réduire rapidement les listes d'attentes dans le secteur public, les médecins seraient plutôt incités à favoriser une redirection d'une partie des patients vers le privé, comme nous verrons qu'il s'est produit dans le cas australien. En somme, non seulement le privé ne réduirait pas les temps d'attente en santé, mais il risquerait fort de les faire augmenter.

**B) LA QUALITÉ**

Quels effets la recherche de rentabilité a-t-elle sur un système de santé ? Sur cette question, l'expérience acquise dans la prestation des soins ophtalmologiques en Colombie-Britannique est riche d'enseignements. Une vaste étude menée par Wright et Robens-Paradise « a montré que 26 % des patients opérés de la cataracte avaient une moins bonne vue après l'intervention qu'avant », alors que 31 % des personnes opérées avaient une vision presque parfaite<sup>18</sup>. Ces résultats s'expliqueraient par le fait que des patients sont opérés même quand leur état clinique ne justifie pas d'intervention. C'est dire que l'augmentation de la capacité de production (de l'offre) peut susciter une augmentation artificielle de la demande.

La méta-analyse de Vaillancourt-Roseneau et Linder (2003)<sup>19</sup> révèle que, sur 149 études publiées entre 1980 et 2002, 59 % ont conclu à une plus grande qualité des services à but non lucratif, alors que seulement 12 % des études prétendaient observer une plus grande qualité des soins prodigués dans le privé. Même constat favorable au secteur public eu égard aux coûts : 77 % des études concluent à des coûts moins élevés ou équivalents dans le public. Une autre méta-analyse (Devereaux et al., 2002) concluait même que le risque de décès était plus élevé dans les établissements à but lucratif<sup>20</sup>. Finalement, rien ne

nous permet de prévoir une plus grande qualité des soins dans le système privé.

**C) L'EFFICACITÉ**

Le secteur privé prétend briller en efficacité en comparaison du secteur public. On aurait cependant tort de passer sous

**L'EFFET DU PRIVÉ SUR UN CAS PARTICULIER**

**Le cas du Walter Reed Army Medical Center, aux États-Unis, illustre certaines conséquences fâcheuses de la privatisation des soins de santé.**

**« Dans la foulée de la décision du gouvernement Bush, en 2002, d'augmenter la compétition dans la gestion gouvernementale, le département de la Défense a graduellement remplacé les fonctionnaires fédéraux qui travaillaient dans cet hôpital par des travailleurs à l'emploi de compagnies privées. [...] À la signature du contrat, 300 employés fédéraux donnaient ces services. En février 2007, moins de 50 travailleurs accomplissaient ces mêmes tâches. De plus, plusieurs d'entre eux avaient une formation et une expérience fort limitées. La situation matérielle dans cet hôpital s'est scandaleusement dégradée, comme en fait foi une série de reportages du Washington Post [février 2007]. En plus de faire état d'une main-d'œuvre non qualifiée, démotivée, et surchargée, on pouvait constater une infestation de rats et de coquerelles, des planchers et des murs craquelés, couverts de moisissures, des matelas et tapis tachés, une senteur intolérable, et certaines parties de l'édifice sans eau et sans chauffage »<sup>21</sup>.**

silence la proportion du personnel des entreprises privées en santé qui n'assure pas de soins médicaux aux patients. Cet effectif n'a pour tâches que de réévaluer les diagnostics et de déterminer si les opérations doivent être effectuées et les frais remboursés au patient. Philippe Couillard, le Ministre québécois de la Santé, ne s'en cache pas lui-même : « Ceux qui trouvent que la Régie de l'assurance maladie du Québec est tatillonne et lourde, attendez de parler à Kaiser Permanente<sup>22</sup> puis aux assureurs privés, là, où il faut négocier quasiment chaque opération avec l'assureur avant d'avoir le droit de la faire. »<sup>23</sup> Comme les assureurs privés souhaitent réduire le nombre d'interventions médicales qu'ils devront rembourser, leur fonctionnement n'est ni « plus léger » ni « plus simple » qu'un système public universel et gratuit.

De plus, la théorie économique de l'offre et de la demande est difficilement applicable au domaine de la santé. Ce modèle suppose que le fournisseur et le demandeur disposent des mêmes informations; mais dans le cas qui nous intéresse, le fournisseur, en l'occurrence le médecin, est généralement mieux informé que le demandeur, c'est-à-dire le patient. Les médecins ont donc beaucoup de pouvoir pour influencer le

type et la quantité des services médicaux auxquels recourent leurs patients.

Certaines grandes entreprises s'opposent à la mise sur pied d'un système de santé privé, au Québec et au Canada, pour éviter d'avoir à assumer des primes d'assurances élevées pour leurs employés. L'exemple américain nous le démontre bien : les primes d'assurance y dépassent 10 000 \$ par année en moyenne<sup>24</sup>. À la lumière de ces faits, Charles Baillie, président et chef de l'exécutif de la Banque Toronto-Dominion jusqu'en 2002, affirme que « le système de santé du Canada n'est pas un poids mais un atout économique, qu'il ne devrait pas oser perdre, aujourd'hui plus que jamais »<sup>25</sup>.

Par ailleurs, l'augmentation des coûts de santé aux États-Unis contredit toute suggestion d'une réduction des dépenses par un rôle accru accordé au secteur privé. En regard de la plupart des autres pays occidentaux (où ces coûts constituent entre 8 % et 11 % du PIB), les coûts de la santé aux États-Unis ont connu des hausses vertigineuses et se chiffrent désormais à 16 % du PIB après être pourtant longtemps restés dans la moyenne des pays de l'OCDE<sup>26</sup>.

Nous avons vu qu'un système de santé privé est moins accessible, moins efficace et risque fort d'offrir des services de moins bonne qualité qu'un système public. Il semble que ce soit le Conseil de la santé et du bien-être du Québec qui ait le mieux résumé tout ceci en concluant que « le financement privé des services médicaux et hospitaliers s'avère au mieux inutile, au pire, nuisible »<sup>27</sup>.

Voyons maintenant ce que peuvent nous apprendre des études de cas d'expériences étrangères.

## L'expérience du privé à l'étranger

La majorité des pays de l'OCDE, à l'exception des États-Unis et de la Suisse, ont un système de santé majoritairement financé par l'État, avec une proportion plus ou moins importante de financement et de prestation privée des soins<sup>28</sup>. Certains de ces pays ont, depuis quelques années, ouvert plus grandes les portes à l'entreprise privée. Nous évaluerons d'abord les effets de régimes privés d'assurance et de certaines méthodes de rationnement des soins, mises en œuvre dans différents pays d'Europe. Finalement, nous résumerons des études portant sur l'implantation de ces réformes, en Australie, en Angleterre et en Suède.

Avant d'entamer ce tour d'horizon, notons que le privé est loin d'être absent du système de santé québécois. En effet, le financement du système de santé (soins hospitaliers, médicaments, soins paramédicaux) est à 70 % public et à 30 % privé, ce qui place le Québec légèrement sous la moyenne des pays de l'OCDE, où 72 % du financement provient de l'État<sup>29</sup>. La particularité du Québec tient au fait que la prestation des soins *hospitaliers* ne peut être financée par le privé.

## Europe de l'Ouest

### ASSURANCES PRIVÉES

Au cours des vingt dernières années, les dépenses privées pour les soins de santé ont augmenté de façon substantielle dans les pays d'Europe de l'Ouest<sup>30</sup>. Or, une étude de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en vient à la conclusion que la privatisation des sources de financement est essentiellement régressive et oppose des obstacles financiers à l'accès aux soins<sup>31</sup>. De plus, rien n'indique que l'apport d'un financement privé, par paiements directs ou par le biais d'un régime d'assurance, entraîne une meilleure gestion des coûts. Au contraire, cette approche favorise plutôt leur inflation<sup>32</sup>.

Pourtant, l'une des méthodes de rationnement des soins souvent évoquées au Québec demeure celle du *ticket modérateur* ou encore du *partage des coûts*, où les usagers doivent déboursier un montant minimum pour avoir accès aux services. Bien que ce montant puisse être très bas, il a un effet néfaste sur la prestation des soins, et ce pour deux motifs. D'une part, le coût minimal universel affecte surtout les personnes les plus pauvres, de façon bien réelle même si ce montant est faible. D'autre part, l'effet dissuasif obtenu conduit certaines personnes à espacer et repousser des visites médicales importantes, ce qui entraîne trop souvent des problèmes de santé qui seront plus lourds à supporter par le système public, une fois aggravés. Comme le souligne l'OCDE, les besoins en services médicaux tendent à être plus concentrés parmi les catégories de personnes les plus défavorisées<sup>33</sup>. Ce sont ces catégories de gens à qui les soins coûteraient plus cher que les autres suite à l'introduction du principe d'utilisateur-payeur.

Outre le paiement direct par les patients, l'autre option d'ouverture au secteur privé passe par l'entremise des compagnies d'assurance. Loin d'être particulièrement efficaces, les assurances privées suscitent de nombreux problèmes. On peut noter, à cet égard, divers constats issus de l'étude des modèles européens<sup>34</sup> :

- Permettre aux gens de quitter l'assurance publique compromet la stabilité financière à long terme du système.
- Les assurances privées complémentaires au régime public présentent des barrières financières à l'accès.
- Les assurances privées duplicatives augmentent les inégalités d'accès, particulièrement lorsque l'étalement des systèmes public et privé n'est pas clairement définie.
- Les crédits fiscaux consentis pour les assurances privées s'avèrent inefficaces, car ils donnent une mauvaise idée du prix réel des assurances et sont inéquitables du fait de profiter aux contribuables dotés des revenus les plus élevés.
- Les assureurs privés encourrent des coûts d'administration plus élevés que le secteur public.
- Le secteur public s'avère plus efficace que le secteur privé dans le contrôle des coûts.

Comme on peut le voir au tableau 1, les coûts d'administration des assureurs privés européens sont invariablement plus élevés que ceux de leurs régimes publics d'assurances. Ainsi, la part des dépenses publiques en santé consacrées à l'administration ne dépasse jamais les 6 %, alors que les assureurs privés dépensent de 10 % à 28 % de leurs revenus en frais d'administration.

**TABLEAU 1: Comparaison entre les coûts d'administration des assureurs privés et publics<sup>35</sup>**

Pays	Privé (% des revenus des cotisations)	Public (% des dépenses publiques sur la santé)
Autriche	22 % (1990)	3,6 % (2000)
Belgique	25,8 %	4,8 %
France	10 %-15 %	4,8 %
Allemagne	10,2 %	5,1 % (2000)
Grèce	15 %-18 %	5,1 %
Irlande	11,8 %	2,8 %
Italie	27,8 % (2000)	0,4 % (1995)
Luxembourg	10 %-12 %	5 %
Pays-Bas	12,7 %	4,4 %
Portugal	25 %	—
Espagne	13 %-15 %	5 %
Royaume-Uni	15 %	3,5 % (1995)
États-Unis	15 %	4 %

Les assurances privées n'offrent donc aucun avantage par rapport au système public. Leur gestion est plus coûteuse, leurs revenus sont perçus de façon inéquitable et leur simple existence nuit à la stabilité du système de santé.

Voyons maintenant ce qui se fait concrètement à l'étranger, avec les exemples de l'Australie, de l'Angleterre et de la Suède.

## Australie

### CRÉDITS D'IMPÔT POUR LE SECTEUR PRIVÉ

Tout comme au Canada, le système de santé australien est sous la responsabilité conjointe de l'État fédéral et des provinces. Là aussi, le financement se divise selon une proportion d'environ 70 % public et 30 % privé. À la fin des années 1980, l'Australie a instauré une réforme du système de santé en s'inspirant notamment du modèle canadien, avec la particularité que le privé y serait désormais fortement encouragé.

Lors de l'instauration de la réforme, les promoteurs du secteur privé affirmaient que les listes d'attente allaient diminuer et que les coûts du système public seraient désormais mieux contrôlés. Pourtant, quinze ans après la réforme, les tendances ne vont pas en ce sens. Les listes d'attente n'ont pas diminué et les coûts du système public ont augmenté<sup>36</sup>. Une

des explications de la hausse des coûts tient aux difficultés financières que connaît le secteur privé (hôpitaux et assurances). Ces problèmes ont amené le gouvernement à subventionner l'achat d'assurances privées au moyen d'un crédit d'impôt pouvant atteindre jusqu'à 30 % du prix des cotisations. Ainsi, alors que les économies réalisées par la mise en place du système privé parallèle n'ont pas dépassé environ 800 millions de dollars, les pertes fiscales occasionnées par le crédit d'impôt sont aujourd'hui évaluées à 2,2 milliards de dollars<sup>37</sup>. En d'autres termes, la diminution attendue des coûts s'est plutôt soldée par une hausse de 1,3 milliard de dollars. Une étude conjointe canado-australienne évalue que, si ces ressources avaient été dirigées vers le système public, elles auraient permis de prendre en charge de 50 à 75 % de la demande aujourd'hui dirigée vers le secteur privé<sup>38</sup>. En somme, l'État australien a subventionné l'entreprise privée pour qu'elle fournisse un service que le régime public aurait pu offrir pour la moitié des coûts.

### LE PRIVÉ: SEULEMENT POUR LE CRÉDIT D'IMPÔT

Dans un article paru dans le *Toronto Star* en 2002, John O'Dea, alors directeur de la pratique médicale à l'Association médicale australienne (AMA), explique que, même s'il appuie fermement le principe de la médecine à deux vitesses, lui-même ne souscrit aux assurances privées que pour le crédit d'impôt et n'a aucune intention de s'en servir puisque, dit-il, « il n'existe aucune bonne raison d'aller dans un hôpital privé »<sup>39</sup>.

La question des listes d'attente est une autre indication que la mise en place d'un système de santé parallèle n'a pas pour effet de diminuer la pression sur le secteur public. En Australie, il n'y a pas d'étanchéité entre les deux systèmes : les médecins australiens peuvent travailler simultanément dans les secteurs public et privé. Prenons pour exemple le cas d'une Australienne qui s'était fait proposer une opération des cataractes. Le délai d'attente était de 18 mois dans le secteur public ou de quatre semaines dans le privé si elle consentait à déboursier les 900 \$ exigés. Pourtant, dans le secteur privé, cette même opération est effectuée par le même médecin, dans le même hôpital et dans la même salle d'opération appartenant au secteur public<sup>40</sup>. Comme nous le mentionnons au sujet de l'accessibilité, cette situation n'incite pas les médecins à réduire les délais d'attente dans le système public, ce qui fait que les listes d'attente se maintiennent au profit du secteur privé.

Les chercheurs ont observé que les cas traités par le secteur privé sont souvent plus légers et nécessitent moins de temps d'hospitalisation, alors que l'on laisse les cas plus lourds à la charge du secteur public. Cette situation tient à la nécessité pour le système privé d'engranger le plus de profits possible.

Ainsi, le cas australien illustre que l'ajout d'un système privé parallèle ne permet pas de diminuer la pression sur les finances publiques, en plus de ne pas réduire la longueur des listes d'attente.

## Angleterre et Suède

### LOGIQUE DE CONCURRENCE

Le système public de santé anglais est géré par le Service national de la santé (NHS), qui offre simultanément une prestation publique et privée de soins. Au moment où l'avenir du financement de la santé en Angleterre a été jugé préoccupant, il y a quelques années, le gouvernement a introduit le principe d'une compétition entre les hôpitaux, tant du secteur public que du secteur privé<sup>41</sup>. Cette logique devait aboutir à une gestion plus saine et à une spécialisation des hôpitaux, appelés à devenir plus efficaces par une offre de services de qualité à moindre coût.

C'est dans cette logique que fut introduit le *paiement en fonction des résultats*. Ce mode de fonctionnement implique que les hôpitaux ne sont plus financés en fonction d'un budget fixe, mais plutôt eu égard au cumulatif des services dispensés. Les hôpitaux se sont alors livrés concurrence pour effectuer le plus d'actes médicaux possible. Ils ont eu tendance à privilégier les services de santé nécessitant plusieurs visites. Certains examens – prises de sang, radiographies, etc. – qui auraient pu être effectués en une seule visite ont été répartis sur plusieurs jours. De cette façon, les patients, forcés de revenir plusieurs fois à l'hôpital, multiplient à chaque visite les revenus de l'établissement.

Cette logique de concurrence appliquée au système de santé anglais se heurte à plusieurs obstacles. Alors que les hôpitaux du NHS doivent adapter leur budget à la formule du paiement en fonction des résultats, les hôpitaux privés ne sont pas soumis aux mêmes règles de financement. En effet, ces établissements ont signé avec le gouvernement des contrats leur assurant des crédits réguliers et des remboursements allant jusqu'à 40 % de plus que les sommes allouées au secteur public<sup>42</sup>.

Comme en Australie, les hôpitaux privés choisissent de traiter les cas les plus légers et se concentrent sur certaines chirurgies électives, plus payantes, au détriment des soins de première ligne, tels les cas d'urgence. De plus, aucune obligation ne leur est faite de participer à la formation de nouveaux médecins, variable qui n'est pas considérée dans le calcul des coûts<sup>43</sup>.

Finalement, selon une étude du Comité de la Santé de la Chambre des communes britannique, l'instauration d'hôpitaux à but lucratif en Angleterre n'a pas amélioré la capacité de prestation des services. Ce recours au privé n'est pas nécessairement plus efficient et son coût n'est pas inférieur à la

situation qui prévalait avant<sup>44</sup>. En somme, la concurrence entre les hôpitaux se fait aujourd'hui au détriment de la qualité et de l'accessibilité des soins de santé.

Tout comme l'Angleterre, la Suède a instauré le système de *paiement en fonction des résultats*, en vertu duquel le patient n'est plus considéré comme un poste de dépenses, mais bien comme une source de revenus. Ainsi, depuis 1998, tous les services médicaux à l'exception des urgences ont fait l'objet d'appels d'offres gouvernementaux. Le financement du système demeure majoritairement public (83 %) <sup>45</sup>, mais une partie de la prestation des soins a été privatisée.

Le principe du choix individuel a été mis de l'avant par les promoteurs de ces réformes, les patients suédois ayant désormais le choix de leur fournisseur de services. Or, dans le domaine de la santé, le choix de l'hôpital ne s'avère pas une priorité pour les patients<sup>46</sup>. En effet, bien que ces derniers souhaitent obtenir les meilleurs soins possibles, des études montrent qu'ils accordent peu d'importance au rendement hospitalier de chaque établissement. De façon générale, les patients optent plutôt pour un hôpital en fonction de sa proximité et de la facilité d'accès aux soins.

Ces trois exemples issus de l'étranger montrent les désavantages liés à une intrusion accrue du privé dans les systèmes publics de santé. Les coûts augmentent, les listes d'attentes s'allongent, les problèmes de santé les plus importants sont fourgués au public, et les avantages allégués par le privé présentent peu d'intérêt pour l'ensemble de la population. Ces exemples démontrent ainsi que la rentabilité est incompatible avec l'universalité nécessaire des soins de santé.

## Conclusion : Un système de santé de qualité pour tous n'est pas une utopie

Cette note évaluait les perspectives d'une plus grande ouverture au privé dans le système de santé comme solution aux problèmes du réseau public.

Comme nous l'avons montré, nous ne sommes pas en présence d'un « choc » démographique qui soumettrait le système de santé à une pression induite. La fluctuation démographique que connaît le Québec, à l'instar des autres pays occidentaux, rendra nécessaires des ajustements, mais elle ne remet pas en question la capacité de fonctionnement d'un réseau public, universel et gratuit.

En outre, l'augmentation des dépenses en santé trouve l'une de ses sources principales dans l'augmentation du coût des médicaments, une évolution attribuable en grande partie au secteur privé. On constate en effet la stabilité, depuis trente ans, des dépenses publiques en santé par rapport à la richesse collective. La part de ces dépenses ne semble plus grande qu'en regard de la réduction, volontaire, des dépenses gouvernementales totales.

Enfin, les enseignements de divers modèles de privatisation en cours ailleurs dans le monde indiquent les lacunes importantes du secteur privé au chapitre de l'efficacité et des coûts d'administration.

Si la maladie frappe les individus sans égard à leurs revenus, il faut retenir que l'ouverture au privé en santé instaure, elle, un système inéquitable et régressif, où les mieux nantis disposent d'un accès privilégié à la guérison. Dans ces conditions, il est souhaitable d'œuvrer au perfectionnement d'un système de soins de santé universel et gratuit.

#### UN SYSTÈME DE SANTÉ PUBLIC DE QUALITÉ

Les défis liés à la conjoncture en santé ne manquent pas de solutions dans le cadre du système public. Divers ajustements et révisions peuvent être mis de l'avant. En voici quelques exemples :

L'un des exemples les plus convaincants est celui des initiatives du D<sup>r</sup> Réjean Hébert, doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke. Ses recherches et ses projets pilotes ont permis d'élaborer des solutions telles le passage d'un système axé sur les soins épisodiques et de courte durée à un fonctionnement priorisant les soins continus et de longue durée et faisant davantage appel aux soins à domicile et à une intégration des services. Dans bien des cas, ce type de soins permet de mieux répondre aux besoins de la population âgée et de réaliser des économies considérables<sup>47</sup>.

Un déploiement efficace des services à domicile et une meilleure intégration des différents types de services ont démontré que ces aménagements entraînent moins de coûts que lorsque les mêmes soins sont prodigués à l'hôpital<sup>48</sup>.

La diminution des listes d'attentes peut passer par une réorganisation des soins dans le secteur public. Le manque de ressources n'est pas l'unique variable qui influence les listes d'attente; il faut aussi considérer l'organisation des services. La création de listes d'attentes communes (pour une région ou une direction de la santé), plutôt que relevant de la responsabilité de chaque médecin, serait plus efficace dans la gestion des opérations.<sup>49</sup>

Une réorganisation des soins chirurgicaux autour de salles dédiées à certaines opérations diminuerait le temps de préparation des lieux et du matériel et permettrait d'augmenter le nombre d'opérations effectuées<sup>50</sup>.

Une modernisation des systèmes d'information permettrait une meilleure circulation de l'information entre les différents intervenants et établissements du système public<sup>51</sup>.

Une meilleure reconnaissance de l'importance de la prévention dans la gestion des services de santé permettrait de réduire le nombre de malades.

Une grande part de l'augmentation des coûts en santé est attribuable à la hausse des prix des médicaments. La Régie de l'assurance maladie du Québec pourrait s'appliquer à mieux négocier ces prix. Différentes expériences locales ou

étrangères nous apprennent que pareille négociation groupée avec les entreprises pharmaceutiques permettrait de réaliser des économies énormes, de l'ordre de 50 %, 70 %, voire 90 %. Enfin, si l'on portait l'utilisation de médicaments génériques au même niveau que celle de la Colombie-Britannique, on estime à plus de 200 millions de dollars les économies qui seraient possibles au Québec<sup>52</sup>.

**Guillaume Hébert et Jean-François Landry**

Chercheurs à l'IRIS

#### Notes

- 1 LAMQ est le chapitre québécois de l'Association médicale canadienne, une organisation non syndicale ayant pris position pour une plus grande place du privé dans le système de santé du Québec.
- 2 Commission permanente des affaires sociales, 37<sup>e</sup> législature, 2<sup>e</sup> session. *Journal des Débats*. Présentation de l'AMQ, le 5 avril 2006. Citation de Mme Duclos à la minute 17 h 50. En ligne : <http://www.assnat.qc.ca/fra/37Legislature2/DEBATS/journal/cas/060405.htm>
- 3 Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec, *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre nos générations, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec*, Québec, 2005, 155 p. En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/Rapportmenard.pdf>
- 4 QUESNEL-VALLÉE, Amélie et SODERSTROM, Lee., *Le vieillissement de la population québécoise : les implications pour le financement des services de santé*, Mémoire présenté à la Commission parlementaire des affaires sociales du gouvernement du Québec, 2006. En ligne : <http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/01/mono/2006/06/905162.pdf>
- 5 Pour calculer le taux de dépendance, le nombre de jeunes âgés de 19 ans et moins est additionné au nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus, et ensuite divisé par la population active de 20 à 64 ans. Données de l'Institut de la statistique du Québec: GAUTHIER Hervé, JEAN Sylvie, LANGIS Georges, et al., *Vie des générations et personnes âgées : aujourd'hui et demain*, Volume 1, Institut de la statistique du Québec, Gouvernement du Québec, Québec, 2004, p.76. En ligne : <http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/conditions/pdf/VieGenerationVol1.pdf>.
- 6 SODERSTROM, Lee, « Vieillesse de la population et financement des services de santé au Québec: Il n'arrivera rien de nouveau ». *Vie et Vieillesse*, Vol 3, no. (2), août 2004, p. 44-47.
- 7 GLADU, François-Pierre, « Les assurances privées ne sont pas la solution », *Santé Inc.*, vol 4, no 2, nov.-déc. 2007, p. 10-11. En ligne : <http://www.santeinc.com/file/novo7-02.pdf>
- 8 HOGAN, S. et HOGAN, S., « Quel effet aura le vieillissement de la population sur les besoins et les coûts liés aux soins de santé dans l'avenir prévisible ? » (étude no 25), Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Ottawa, 2002, 27 p.
- 9 HSBC Global Forum on Ageing and Retirement et Oxford Institute of Ageing, *The Future of Retirement*; The new old age, mai 2007, p. 12. En ligne : [https://www.ageingforum.org/files/8/uk\\_reports\\_2007/entry398.aspx](https://www.ageingforum.org/files/8/uk_reports_2007/entry398.aspx)
- 10 Gouvernement du Québec, *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité*. Document de consultation. Québec, fév. 2006, p. 54. En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-721-01.pdf>
- 11 BÉLAND, François, *Les dépenses de santé au Québec : la bataille des chiffres*. Mémoire présenté à la Commission parlementaire des affaires sociales du gouvernement du Québec, 24 mars 2006. En ligne : <http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/01/mono/2006/05/903683.pdf>



- 12** *Ibid.*, p.4. L'ICIS comptabilise les revenus et les dépenses des universités, des collèges, des établissements de santé et des régimes de retraites non provisionnés. Ces paramètres ne sont pas pris en considération dans le périmètre comptable du gouvernement du Québec, tel que développé dans le rapport Ménard et le document de travail Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité.
- 13** Cette diminution est relative aux sommes prévisibles et aux dépenses de l'État, considérant que le budget de l'État québécois augmente d'année en année en raison de la croissance de la population et de l'économie.
- 14** BÉLAND, François, *op. cit.*, p.3
- 15** GAGNON, Marc-André et LEXCHIN, Joel, «The Cost of Pushing Pills : A New Estimate of Pharmaceutical Promotion Expenditures in the United States». *PLoS Med*, vol 5, no 1, janv. 2008. En ligne : <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.0050001>
- 16** Institut canadien d'information sur la santé, *Dépenses en médicaments au Canada, de 1985 à 2006*, Ottawa, ICIS, 2007, p. ii.
- 17** OCDE. «L'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE», *Synthèses OCDE*, nov. 2004, p.3. En ligne : <http://www.oecd.org/dataoecd/15/41/33915167.pdf>
- 18** CONTANDRIOPOULOS, Damien, BLAIS, Régis et POMEY, Marie-Pascale, *De la difficulté à remplir une baignoire qui fuit*. Commentaire sur le document: *Garantir l'accès: un défi d'équité, d'efficacité et de qualité*, mémoire déposé à la commission des affaires sociales, 23 mars 2006.
- 19** VAILLANCOURT-ROSENAU, Pauline et LINDER, Jane C., «Two decades of research comparing for-profit and non profit health provider performance in the United States», *Social Science Quarterly*, vol 84, no 2, juin 2003, p. 219-241.
- 20** *Idem.*
- 21** CHAMPAGNE, François, «L'illusion du privé». *Relations*, no 717, juin 2007, p. 15-17.
- 22** Compagnie d'assurance états-unienne basée en Californie.
- 23** Commission permanente des affaires sociales, 37<sup>e</sup> législature, 2<sup>e</sup> session. *Journal des Débats, Discussion de M. Philippe Couillard, Ministre de la Santé*, à 17 h 30. En ligne : <http://www.assnat.qc.ca/fra/37Legislature2/DEBATS/journal/cas/060405.htm>
- 24** GLADU, François-Pierre, *op. cit.*
- 25** LESSARD, Richard et al., *Le privé dans la santé : un enjeu de santé publique, positionnement des directeurs de la santé publique*, 10 novembre 2007, p. 16.
- 26** OCDE, 2006
- 27** Conseil de la santé et du bien-être du Québec, *Le financement privé des soins médicaux et hospitaliers*. Avis transmis au Ministre de la Santé le 23 décembre 2002. Disponible en ligne : <http://www.csbe.gouv.qc.ca/site/download.php?f=c1a3a60650f2850a28155af7b0a4cc32>
- 28** LESSARD, Richard et al., *op. cit.*, p. 9.
- 29** Au Canada, la part des dépenses privées (directes et par le biais des assurances) provient principalement des soins dentaires, des soins de la vue et des médicaments sous ordonnance.
- 30** Organisation mondiale de la Santé, *What are the equity, efficiency, cost containment and choice implications of private health care funding in Western Europe*, juillet 2004, p. 6. En ligne : <http://www.euro.who.int/document/e83334.pdf>.
- 31** *Ibid.*, p. 4
- 32** *Idem.*
- 33** Van DOORSLAER, Eddy et MASSERIA, Cristina, «Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries», *OECD Health Working Papers*, No. 14, OECD Publishing, 2004. P. 7. En ligne <http://dx.doi.org/10.1787/687501760705>
- 34** Organisation mondiale de la Santé, *op. cit.*, p. 4.
- 35** *Ibid.* p.13
- 36** HURLEY, Jeremiah et al., *Parallel Private Health Insurance in Australia : A Cautionary Tale and Lessons for Canada*, Institute for the study of Labor, Discussion Paper #515, juin 2002, p.28. En ligne : <http://ideas.repec.org/p/iza/izadps/dp515.html>
- 37** *Ibid.*, p. 13
- 38** *Idem.*
- 39** WALKOM, Thomas, «Condition critical : Where two-tier hospitals are failing Australia's», *Toronto Star*, le 18 mars 2000, p. A1. En ligne : <http://www.canadiandoctorsformedicare.ca/AustraliaWalkom.pdf>
- 40** *Idem.*
- 41** Médecins canadiens pour le régime public, «CMA delegate backgrounder – Payment by results», *Bulletin*, Août 2007. En ligne : <http://www.canadiandoctorsformedicare.ca/PBR-8-20-07.pdf>
- 42** Lettre ouverte des médecins britanniques à l'Association médicale canadienne.
- 43** *Idem.*
- 44** Comité sur la Santé de la Chambre des Communes, «Independent sector treatment centers», Royaume-Uni, juin 2005. En ligne : <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200506/cmselect/cmhealth/934/934i.pdf>
- 45** BLOMQUIST, Ake, «Modèles internationaux de soins de santé : Suède», document déposé au Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie, En ligne : <http://www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/rep-f/volume3ver5-f.pdf>
- 46** Lettre ouverte des médecins britanniques à l'Association médicale canadienne.
- 47** Présentation de M. Réjean Hébert lors du colloque des Médecins canadiens pour le régime public, le 15 novembre 2007, à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont.
- 48** RACHLIS, Michael, PRIEST, Alicia et COHEN, Marcy, *Pourquoi attendre? : des solutions publiques aux listes d'attente en chirurgie*, Centre canadien des politiques alternatives, novembre 2007, p. 12.
- 49** *Idem.*
- 50** *Idem.*
- 51** *Idem.*
- 52** ST-ONGE, Jean-Claude, «Faire mieux sans se ruiner», *Relations*, no 717, juin 2007, p. 18-20.



# IRIS

**Institut de recherche  
et d'informations  
socio-économiques**

L'Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS), un institut de recherche indépendant et progressiste, a été fondé à l'automne 2000. Son équipe de chercheurs se positionne sur les grands enjeux socio-économiques de l'heure et offre ses services aux groupes communautaires et aux syndicats pour des projets de recherche spécifiques.

**Institut de recherche et d'informations socio-économiques**

1710 Beaudry, Bureau 2.0 Montréal (Québec) H2L 3E7  
514 789 2409 · [www.iris-recherche.qc.ca](http://www.iris-recherche.qc.ca)