la mixité public / privé dans les systèmes de santé au Québec et des pays occidentaux

un texte signé
Denis Méthot
journaliste

COSSETTE lab
observatoire santé

la mixité public / privé dans les systèmes de santé au Québec et dans les pays occidentaux

En 2008, le Groupe de travail sur le financement du système de santé québécois relevait que la majorité des pays industrialisés permettent à des degrés divers une mixité de pratiques publique-privée. En fait, l'existence d'un système de santé mixte est la norme dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE; en comparaison, le Canada fait presque figure d'exception. Le président du groupe de travail, Claude Castonguay, et la commissaire Joanne Marcotte disaient voir dans le secteur privé un allié du système public et recommandaient qu'un médecin puisse être autorisé à faire une pratique mixte, moyennant trois règles. Le rapport Castonguay fut rapidement écarté par Philippe Couillard, alors ministre de la Santé, et ses recommandations de permettre aux médecins de pratiquer à la fois au public et au privé sont restées lettre morte.

Même si M. Couillard, devenu premier ministre, et son successeur à la Santé, Gaétan Barrette, laissent transparaître une certaine ouverture envers le privé, le dossier a peu progressé en six ans. À l'instar du reste du Canada, le Québec reste très rigide sur la question de la mixité. Dans la province, le débat demeure constant entre opposants et partisans, mais les avancées, bien modestes. Le ministre Barrette aurait pu profiter de la réforme du réseau, qu'il a lancé en 2014 avec son projet de loi 10 sur la gouvernance, pour ouvrir la porte à une certaine pratique mixte afin d'améliorer l'accès aux soins et de réduire les délais d'attente. Il ne l'a pas fait. Il a préféré contraindre les médecins de famille et spécialistes du réseau public à prendre plus de patients.

Sa seule ouverture récente, en 2016, a été de faire appel à des cliniques privées pour réaliser des chirurgies d'un jour qui seront payées par les fonds publics, comme la chose se fait déjà largement en radiologie depuis plusieurs années. Le but premier de ce recours au privé n'est pas d'offrir une deuxième voie aux patients. Il sert avant tout à comparer les coûts des deux systèmes pour le même type d'interventions durant une période donnée. Cette opération se terminera en décembre 2018, mais le ministre ne s'est pas engagé à maintenir cette sous-traitance au privé ou à l'étendre ailleurs à compter de 2019, même s'il était démontré que les coûts dans le privé sont plus bas que dans le public. Seul l'avenir nous fera connaître les véritables intentions du ministre.

un système vraiment public au Québec?

Pourtant, le privé est déjà très présent en santé au Québec. La plupart des soins dentaires, optométriques et thérapeutiques tels que la physiothérapie et la chiropratique sont assurés par le privé, les pharmacies sont entièrement privées, les cliniques médicales telles que les GMF appartiennent à des intérêts privés (très souvent des médecins payés par les fonds publics), tous les médicaments qui ne font pas l'objet d'ordonnances sont payés par les patients et les assureurs privés couvrent bon nombre d'examens et de médicaments prescrits. C'est sans

compter les centaines de médecins qui se sont désengagés du système public pour pratiquer uniquement au privé. Alain Dubuc écrivait dans *La Presse* en 2014 que 30,7 % des dépenses de santé au Québec sont privées. C'est davantage qu'en France (23 %), qu'en Allemagne (23,2 %) et qu'au Danemark (14,9 %), trois pays qui disposent de systèmes hybrides. (Les 69,3 % des autres dépenses en santé au Canada sont partagées entre les hôpitaux, les médicaments et les médecins.) Là où la porte s'ouvre peu pour le privé, c'est pour les soins médicalement requis couverts par le régime public.

Selon Jacques Nantel, professeur à HEC Montréal, les ménages québécois sont, parmi les ménages canadiens, ceux qui paient le plus afin d'obtenir des services de santé privés. En 2012, chaque ménage québécois dépensait en moyenne 1 583 $ pour des soins et services non couverts par le système public, comparativement à 1 437 $ pour un ménage ontarien. Ce qui faisait à dire à Jacques Nantel que l'on «assiste en santé au même phénomène que l'on a vu apparaître dans le secteur de l'éducation primaire et secondaire : les ménages sont désabusés et dépensent en double».

S'il y a une ouverture à une pratique mixte au Québec dans un proche avenir, elle sera peut-être forcée par un jugement qui viendra de l'Ouest canadien. La Cour suprême de la Colombie-Britannique devrait entendre l'automne prochain la cause du Dr Brian Day, copropriétaire de la clinique de chirurgie privée Cambie, située à Vancouver. Celui-ci conteste avec d'autres plaignants l'interdiction de souscrire une assurance privée duplicative, l'interdiction de la pratique médicale mixte et l'interdiction pour les médecins de s'entendre avec leurs patients à l'égard de certains tarifs. Cette affaire a été peu médiatisée au Québec à ce jour, mais trouve beaucoup d'échos et suscite de fortes inquiétudes au Canada anglais. Si la Cour donnait raison aux contestataires, ce jugement s'étendrait à toutes les provinces, y compris le Québec. Les répercussions pourraient être énormes pour l'ensemble du système de santé canadien.

des exemples de cohabitation

Plusieurs études à travers le monde ont tenté de démontrer les avantages que les patients peuvent retirer d'un système mixte. En voici quelques-uns, mais on doit préciser que ces bénéfices sont fortement contestés par les opposants à la mixité.

- plus grande accessibilité aux soins et aux services pour les patients
- choix de l'établissement, public ou privé, où serait pratiquée l'intervention
- réduction des listes d'attente
- possibilité pour les médecins de pratiquer au public et au privé
- diminution des coûts s'il est démontré que le privé peut offrir les mêmes services à meilleur prix
- saine concurrence avec le système public

Voici, concrètement, des exemples de répercussions positives que les systèmes mixtes ont engendrées, notamment en Allemagne et aux Pays-Bas, deux pays qui ont entamé des réformes visant à renforcer le rôle du secteur privé et la concurrence (réglementée) entre assureurs pour permettre un désengagement de l'État dans le secteur de l'assurance maladie.

- Le système néerlandais, réformé en 2006, a permis de réduire le déficit public et le coût de fonctionnement de l'assurance maladie, d'améliorer la qualité des soins et d'assurer mieux qu'en France les personnes ayant les revenus les plus faibles.
- L'Allemagne annonçait un excédent de sa branche maladie pour l'année 2012 (+13,8 milliards pour la sécurité sociale et +3 milliards pour la branche maladie en 2011) et la Suisse, un excédent de son régime maladie en 2012 de 400 millions de francs suisses (525 millions de dollars canadiens).
- Le désengagement de l'État en Allemagne et aux Pays-Bas n'a pas entraîné de baisse marquée des prestations et du nombre de prestataires de soins.
- Le nombre de médecins pour 1 000 habitants a augmenté en Allemagne, aux Pays-Bas et en Suisse.
- La prévention s'est améliorée dans ces pays ainsi qu'en France.
- La durée moyenne d'un séjour hospitalier a été fortement réduite en Suisse, passant de 13 à 10 jours, et a diminué d'environ 15 % aux Pays-Bas et en Allemagne.
- Globalement, en France, aux Pays-Bas, en Allemagne et en Suisse, le système le plus concurrentiel et le plus privatisé fournit des soins de meilleure qualité que ses homologues.

Voici des exemples de pays où cohabitent ou se complètent systèmes de santé public et privé :

Angleterre

Le National Health Service (NHS), dont s'inspire le système de santé canadien, a vu le jour en 1948 pour offrir un service de santé universel à tous les citoyens et résidents. Le NHS est entièrement public. Un important système de santé privé parallèle s'est toutefois développé. Il s'agit d'un circuit totalement indépendant du NHS dans lequel on peut souscrire des assurances privées, et qui possède son réseau de médecins, de cliniques privées et de spécialistes. Le secteur de la santé «indépendant» offre de 10 à 15 % des soins. On estime que 548 hôpitaux privés et entre 500 et 600 cliniques dans le Royaume-Uni offrent une gamme complète de services, y compris les traitements indisponibles dans le NHS ou soumis à de longs délais d'attente. Le point fort des assurances privées anglaises est qu'elles permettent de consulter un médecin spécialiste privé et d'éviter ainsi les périodes d'attente du NHS. Selon le Dr Robert Ouellet, ex-président de l'Association médicale du Québec et ardent partisan d'une pratique mixte, pratiquement tous les hôpitaux d'Angleterre disposeraient d'une aile pour la pratique privée en dehors du NHS. On recourt au réseau privé pour concurrencer et stimuler le secteur public si les soins ne sont pas donnés dans des délais raisonnables.

France

En France, dès l'obtention de son diplôme, un médecin peut choisir une pratique hospitalière publique ou devenir médecin «libéral» et exercer au privé, mais en tout temps, il peut faire une pratique mixte sans contraintes. Toutefois, selon le président du Syndicat des médecins libéraux de France, le Dr Eric Henry, en 2015, à peine 6 000 médecins de famille et 15 000 médecins spécialistes sur les 222 150 médecins que compte la France faisaient une pratique hybride en raison de la rémunération inférieure dans le réseau public. En France, il existe un réseau d'hôpitaux publics, mais en parallèle opèrent 1 000 cliniques et hôpitaux privés. Les frais y sont les mêmes qu'au public. Les patients ont le droit d'aller où bon leur semble. Ces établissements privés assureraient chaque année 67 % de la chirurgie ambulatoire, 60 % des chirurgies cardiaques, 50 % des traitements contre le cancer et 30 % des accouchements. Ils se doivent d'avoir des prix concurrentiels et de fournir un service hors pair, sinon ils n'obtiennent pas de contrats.

Allemagne

En Allemagne, des réformes en santé ont entraîné un fort recul du secteur public. En 2003, les hôpitaux déficitaires ont été restructurés, ce qui a donné lieu à une baisse du nombre d'hôpitaux publics de 15 %, compensée par une hausse de 19 % des hôpitaux privés. Dans une étude publiée en 2012, l'Institut économique de Montréal rapporte qu'en Allemagne, un tiers des hôpitaux sont privés à but lucratif, et un autre tiers, privés sans but lucratif. Ces hôpitaux sont généralement intégrés au système de santé public et traitent tous les patients, peu importe leur type d'assurance. Le système de santé est financé par un régime d'assurance universelle obligatoire dans lequel les caisses d'assurance sont mises en concurrence. La grande majorité des assureurs est composée de caisses publiques et privées, sans but lucratif (90 %), et les autres assureurs privés sont soumis à une réglementation forte concernant les conditions d'accès des clients. Tous les résidents allemands sont obligés de s'assurer, bien qu'une partie de la population ait le droit d'abandonner le régime général pour s'assurer de façon privée.

Espagne

En Espagne, le secteur privé réalise 25 % des actes médicaux et compte près de 50 000 médecins, dont la moitié travaille aussi dans le public. Les contrats liant les sociétés d'assurance aux hôpitaux représentent 60 % du chiffre d'affaires des hôpitaux ou cliniques privées. Par ailleurs, le système national de santé utilise l'équipement du privé afin de réduire les listes d'attente du secteur public. Les mutuelles privées proposent une assistance sanitaire dans 90 % des cas et offrent souvent leurs propres réseaux de soins, qu'il s'agisse de médecins ou de cliniques. Cette couverture privée, dont la prime moyenne est de l'ordre de 450 euros (655 $ CAN) par an, est principalement adoptée par les classes aisée ou moyenne résidant dans les grandes villes.

Danemark

La plupart des hôpitaux et des soins sont publics, mais de plus en plus d'établissements privés ouvrent leurs portes. La part du privé atteignait 14,2 % des soins de santé au pays en 2012. Presque 40 % de la population dispose d'une assurance maladie privée complémentaire. Depuis 2007, en vertu d'une garantie d'accès, indique l'économiste Yanick Labrie, un patient ne doit pas attendre plus de 30 jours, une fois que le diagnostic est établi, avant de subir son intervention. Passé ce délai, tout patient peut choisir de recevoir son traitement dans un établissement privé et les dépenses seront prises en charge par l'État. Que le patient choisisse un hôpital public ou une clinique privée pour recevoir son traitement, l'établissement recevra un montant prédéterminé en vertu du mode de financement à l'activité en vigueur au pays. Les gestionnaires de cliniques privées reconnaissent que rejeter les cas lourds nuirait à leur réputation et aurait des conséquences sur leur capacité à attirer des patients.

Suisse

Le système de santé suisse est d'une grande complexité. Il est théoriquement entièrement décentralisé et privé, mais l'État continue d'y jouer un rôle primordial. Comme aux Pays-Bas, il n'existe pas de programme public général d'assurance maladie. La Suisse a imposé une obligation d'assurance à tous les citoyens et travailleurs, mais laisse la liberté du choix de l'assureur. Le pays compte plus de 80 caisses maladie qui assurent chacune les mêmes prestations de la couverture de base. Ces assureurs sont mis en concurrence, mais les marchés restent très réglementés. Les assureurs sont légalement obligés d'accepter tous les clients potentiels et ne peuvent discriminer leurs clients qu'en modulant les montants des primes d'assurance. Les caisses privées n'ont pas le droit de faire de profits sur les contrats primaires, mais peuvent en réaliser sur les assurances complémentaires. Les citoyens et résidents paient une prime mensuelle et participent aux coûts à chaque consultation.

Pays-Bas

Le système de santé des Pays-Bas est considéré comme l'un des meilleurs en Europe. En 2006, les caisses publiques d'assurance maladie ont été supprimées. Tous les assurés sont à présent obligés de souscrire l'assurance privée de leur choix. Les pouvoirs publics ne sont pas impliqués directement dans les soins. Cette tâche relève surtout de prestataires de soins privés : les praticiens individuels et les établissements de soins. Le financement du modèle néerlandais repose sur une forme de partenariat public-privé, dans lequel l'État lève une partie des fonds mais impose une concurrence entre des assureurs privés dans la fourniture des services de santé. Sa grande efficacité tient au fait que les assureurs primaires privés sont réellement en concurrence, ce qui les incite à couvrir une large gamme de services à un coût limité. Le gouvernement a créé un site Internet où les consommateurs peuvent comparer les différents assureurs, leurs prix, les services offerts et le niveau de satisfaction des clients. Si un service ne peut être offert en temps opportun, le patient peut être envoyé au privé dans la Belgique voisine, qui compte beaucoup de médecins.

Sources et références

Commonwealthfund, *International Profiles of Health Care Systems*, 2014

En avoir pour notre argent, rapport du Groupe de travail sur le financement du système de santé, février 2008

Jacques Nantel, *La consommation plurielle de services de santé par les Québécois : la perspective des ménages*, conférence présentée au colloque Santé au pluriel, 4 février 2016

Jasmin Guénette et Julie Frappier, *La médecine privée au Québec*, Institut économique de Montréal, décembre 2013

Institut de recherches économiques et fiscales, *Réformer et améliorer le système de santé grâce au privé et à la concurrence*, octobre 2013

Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE

«Attendre 15 minutes à l'urgence, c'est possible», *Huffington Post*, 18 septembre 2012

«Chirurgie d'un jour: Barrette invite le privé», *Le Journal de Montréal*, 23 février 2016

Ministère de la Santé, du Bien-Être et des Sports*, Le nouveau système de soins de santé des Pays-Bas*, août 2014

Le système de santé suisse en bref, guide de santé pour la Suisse

Institut de recherches économiques et fiscales, *Réformer et améliorer le système de santé grâce au privé et à la concurrence. La France face aux exemples allemands, suisses et néerlandais*, 16 octobre 2013

Entrevue avec le Dr Eric Henry, président du Syndicat national des médecins libéraux de France

Entrevue avec Yanick Labrie, économiste et consultant en politiques de santé affilié à l'Institut Fraser de Vancouver en tant que *senior fellow*, et au Canadian Health Policy Institute de Toronto en tant que chercheur associé

Entrevue avec le Dr Robert Ouellet, radiologiste et ancien président de l'Association médicale du Québec, qui a réalisé une tournée auprès de 35 organisations en Europe afin de découvrir les systèmes de santé européens hybrides

Yanick Labrie, «Le secteur de la santé au Québec : ouvert au changement», *Forum d'innovation en santé*, 2016

Odette Madore, *L'assurance-santé privée «duplicative» : conséquences possibles pour le Québec et le Canada*, Parlement du Canada, 20 mars 2006

Missions Santé, *Le poids de l'hospitalisation privée dans l'offre de soins en France*, 12 mars 2012

Comparaison des systèmes de santé de la France, UK, USA et Maroc, 2014

French Touch, *Tout savoir sur le système de santé au Royaume-Uni*, mars 2016

Metis, *Réforme du service de santé britannique : inquiétudes et contestations*, mai 2012

Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Poitiers, *Les systèmes de santé étrangers*, février 2011

Jacques Beaulieu, «Malade, notre système de santé? Allons voir ailleurs : l'Angleterre», *Huffington Post*, 25 janvier 2016

Jacques Beaulieu, *Révolutionner les soins de santé, c'est possible*, Éditions Trois-Pistoles, 2012

SEMNO, *La santé au Danemark*

Université du Manitoba, *Le système de santé des Pays-Bas*, 10 novembre 2014