

L'ASSURANCE PRIVÉE : LES AUTRES LE FONT, POURQUOI PAS NOUS ?

François Béland et Caroline Cambourieu

Ce corps qui s'appelait (...) le saint empire romain n'était en aucune manière ni saint, ni romain, ni empire

VOLTAIRE, *Essai sur les mœurs et l'esprit des nations*

Le financement privé des services de santé est utilisé dans plusieurs pays à des fins multiples et quelque fois contradictoires. Il serait la solution à plusieurs problèmes : contrôler les coûts de la santé ; augmenter les dépenses de santé ; diminuer l'utilisation inappropriée des services ; assurer l'accès aux services de santé à tous ; permettre un accès plus rapide aux adhérents aux régimes privés d'assurance ; développer un secteur privé de prestation de soins (Barer *et al.*, 1993 ; Castonguay *et al.*, 2007 ; Colombo et Tapay, 2004 ; Irvine et Gratzner, 2002 ; Montmarquette *et al.*, 2005 ; Stoddard *et al.*, 1993a).

Au Québec comme ailleurs, depuis de nombreuses années, le financement privé est proposé comme une solution aux problèmes du régime de santé (Castonguay, 2004, 2007). Au début des années 1990, on proposait un « ticket orienteur » pour diriger les patients vers les services les plus appropriés (Venne, 1994). Ces dernières années, le financement privé est invoqué dans toutes ses dimensions, des frais modérateurs jusqu'à l'abolition de l'interdiction de l'assurance privée pour les services médicaux et hospitaliers couverts par le régime public d'assurance santé. De fait, en réaction au jugement Chaoulli, le gouvernement du Québec adoptait la « loi 33 » et proposait un projet de règlement qui ouvre un vaste domaine

d'application aux assureurs et aux prestataires privés (Assemblée Nationale, 2006, 2007). Ces réformes entendent maintenir l'accès universel aux services de santé. Et puisque les frais modérateurs ainsi que l'assurance et la prestation privées des services de santé se retrouvent dans de nombreux pays ayant des régimes universels d'assurance santé (Irvine et Gratzky, 2002), pourquoi pas nous ?

Toutes les formules de financement privé ne poursuivent pas les mêmes objectifs, et tous les pays ne visent pas les mêmes effets. L'histoire et l'organisation de leurs systèmes de santé respectifs appartiennent à chacun en propre, et leurs politiques n'ont pas partout les mêmes conséquences. Par exemple, l'Australie et l'Irlande ont instauré des politiques publiques favorables à la fois à l'assurance et à la prestation privées des services de santé. En France et en Suède, des politiques publiques ont pour objectif de faire contribuer le secteur privé au financement de services inclus dans le régime public d'assurance santé. Les politiques de ces deux pays ne visent toutefois pas le développement d'un secteur privé de prestation de services de santé. Dans ces cas, le financement privé se manifeste par le « ticket modérateur », paiement qui prend la forme de franchises, de copaiements, de surfacturation par les prestataires, d'impôt-service et de « désassurance » (Stoddard *et al.*, 1993b ; voir aussi pour une autre définition des tickets modérateurs : Madore, 1993).

Le débat public sur le financement privé au Québec s'articule depuis de nombreuses années autour d'objectifs politiques qui ressemblent à ceux de l'Australie, de l'Irlande, de la France et de la Suède, soit l'imposition de frais modérateurs (Castonguay, 1995), la promotion de l'assurance privée de services couverts par le régime public et le développement d'un secteur privé de prestation de services médicaux et hospitaliers (Castonguay *et al.*, 2006 ; Montmarquette *et al.*, 2005 ; MSSS, 2006 ; Taillon, 1998). Les modalités d'application de ces politiques, et quelques-unes de leurs conséquences, seront examinées dans ce chapitre.

L'Australie, l'Irlande, la France et la Suède, tout en promouvant une forme ou l'autre de financement privé, affirment poursuivre l'idéal d'équité d'accès et d'utilisation des services de santé. Le Canada s'est lui aussi engagé dans cette voie depuis l'adoption successive de l'assurance hospitalisation et de l'assurance maladie, il y a une quarantaine d'années. La séparation entre l'utilisation et la contribution financière est un des principes à l'origine du régime canadien (Hall, 1965). Un des effets de

l'application stricte du principe de la séparation entre l'utilisation et le paiement est non seulement la levée des barrières financières à l'accès aux services de santé, mais aussi le transfert de revenus des classes économiques les plus favorisées vers les moins favorisées. Dans ce contexte, toute introduction de financement privé aura pour effet de diminuer les bénéfices du régime public aux plus malades et de diminuer, ne serait-ce que relativement, les contributions fiscales des classes de revenu les plus élevées. Ces effets de redistribution seront examinés dans les cas des États-Unis et de l'Australie, où il y a possibilité de souscrire une assurance privée, et dans deux provinces canadiennes où l'assurance privée des services médicaux et hospitaliers est pratiquement absente. Cet examen donnera des indications sur les sommes que les personnes les moins économiquement favorisées n'ont pas à déboursier pour les services publics de santé qu'elles utilisent, ainsi que sur la contribution financière des personnes les plus favorisées au régime public de santé.

L'étude des conséquences et des effets des frais modérateurs, de la conjonction du financement et de la prestation privés des services de santé ainsi que des bénéfices et des contributions aux régimes publics de santé nous permettra de conclure sur les questions du « Pourquoi pas nous ? » et du « Pourquoi pas le financement privé ? ». Le financement privé offre-t-il une solution aux problèmes du réseau des services de santé du Québec ? Crée-t-il des problèmes qu'il vaudrait mieux savoir éviter ?

Les frais modérateurs

La France et le ticket modérateur

Le système de santé français est établi sur une offre de soins mixte, où coexistent des prestataires et des institutions hospitalières privés et publics. Les patients ont un accès libre à une offre de soins généralement abondante. Le régime public d'assurance maladie couvre toute la population depuis l'introduction de la couverture maladie universelle, en 2000 (Fenina et Geoffroy, 2006 ; Boisguérin, 2006). Il couvrait alors 76 % des dépenses de santé, les assurances complémentaires en assumant 13 %, et les dépenses directes des ménages, 11 % (Sandier *et al.*, 2004). Au Canada, les dépenses de santé attribuées aux assurances privées comptaient pour 12 % du total et les ménages en assumaient 14 %. Firmes d'assurance privée

et ménages portent un fardeau à peu près égal des dépenses totales de santé dans les deux pays, selon des modalités différentes.

La France impose un ticket modérateur à tous les services de santé inclus dans le régime public. Ce ticket modérateur n'a pas pour objectif d'accélérer l'accès aux services, ni d'éviter les files d'attente, ni de permettre d'accéder à des services de qualité supérieure, il vise essentiellement à maîtriser les dépenses (Sandier *et al.*, 2004). Dès la mise en place de l'Assurance maladie, la responsabilisation du patient par l'entremise d'une participation aux dépenses avait d'ailleurs été prévue. Au fil des ans, la contribution du patient a augmenté régulièrement : hausse continue du ticket modérateur, mise en place d'un forfait journalier à l'hôpital, possibilité pour les médecins de dépasser les honoraires. Depuis janvier 2005, une participation forfaitaire de un euro est déduite du montant du remboursement par le régime public pour chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, examen radiologique ou analyse de biologie médicale. Le système offre de nombreuses exemptions qui réduisent à néant tous les déboursés que certains individus auraient à assumer. Ces exemptions sont offertes en fonction de la maladie¹, de la durée et de l'ampleur du traitement et de la situation économique des patients. La participation forfaitaire est en outre limitée à 4 € par jour et à 50 € par année (CNMSS, 2007; GERESO, 2007). D'autres exemptions de tickets modérateurs sont applicables pour les maladies qui requièrent un traitement médical de plus de 6 mois ou un traitement médical particulièrement coûteux. Certains biens et soins médicaux sont aussi exemptés de copaiements ; il s'agit des examens réalisés durant la grossesse et de certains soins préventifs.

Les assurances privées couvrent l'essentiel de la dépense laissée à la charge du patient par le régime d'assurance maladie public ; elles jouent donc un rôle complémentaire. Elles ne permettent pas de couper les files d'attentes ou d'avoir accès à des prestataires choisis. Elle rembourse les tickets modérateurs et couvre les biens et services faiblement pris en

1. En 1986, la réforme Séguin a établi une liste de 30 pathologies sujettes à une exemption totale de déboursés de frais d'usagers pour les soins, services et certains biens médicaux afférents. Seuls les copaiements sur les médicaments doivent être déboursés par le patient (Couffinhal et Paris, 2003). Dès 1987, des ajustements excluent tous copaiements pour les personnes ayant des revenus inférieurs à un certain niveau.

charge par le système public. Les assurances complémentaires allègent donc considérablement les tickets modérateurs, allant même parfois jusqu'à les annuler

La protection complémentaire est offerte par trois types d'organismes indépendants de l'État : les mutuelles, les compagnies d'assurance privées et les instituts de prévoyance. En 2000, les mutuelles, qui sont des regroupements à but non lucratif dont l'État assure le contrôle juridique et financier, occupaient 59 % du marché de la protection complémentaire et représentaient 8 % des dépenses de santé. Les compagnies d'assurance et les instituts de prévoyance occupaient le reste du marché et comptaient pour 5 % des dépenses totales de santé (Sandier *et al.*, 2004).

Les dépenses privées ont introduit des inégalités d'accès causées par l'adhésion partielle de la population française aux régimes complémentaires d'assurance privée et par les variations dans la qualité de la couverture proposée par les assureurs. Par exemple, 70 % des ouvriers et cols bleus adhèrent à un régime privé complémentaire, contre 84 % des ouvriers qualifiés et 94 % des cadres d'entreprises et des professionnels. La proportion de personnes à faible revenu sans assurance complémentaire est de 63 %, contre 11 % chez celles qui ont un revenu supérieur. Mais la qualité de la couverture est aussi associée au revenu. Seulement 13 % des personnes à faible revenu ont une couverture de haute qualité, contre 51 % pour les hauts revenus (Couffinhal et Paris, 2003). Ces variations ont un impact sur la fréquentation des médecins. Les personnes qui adhèrent à un régime privé complémentaire ont des chances supérieures à 86 % de visiter le médecin, comparées à celles qui n'y souscrivent pas (Buchmuller et Couffinhal, 2004).

Une série de mesures ont été adoptées par l'État français pour lever, ne serait-ce que partiellement, les barrières financières à l'accès aux soins que représentent les diverses dépenses directes des ménages. À partir de l'année 2000, l'État a mis sur pied la Couverture maladie universelle (CMU), la CMU complémentaire (CMUC), l'Aide médicale de l'État (AME) et l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire santé dans le cadre du dispositif de crédits d'impôt. La CMU généralise l'assurance maladie publique à toute personne résidant en France en situation régulière (Boisguérin, 2006). En 2005, la CMU avait 1,7 million de bénéficiaires. La CMUC permet la prise en charge des avances de frais aux prestataires, du ticket modérateur, du forfait journalier et des frais supplémentaires

pour certains services de santé. La CMUC couvrait 4,7 millions de bénéficiaires en 2005. L'AME existe depuis 2003 et couvrait 450 000 personnes en 2005. Elle prend en charge, sous certaines conditions, les frais de santé des personnes qui ne peuvent pas remplir certaines conditions imposées pour bénéficier de la CMUC. L'aide à l'acquisition d'une assurance santé privée complémentaire a démarré en janvier 2005.

La couverture des tickets modérateurs par les mutuelles et les assurances privées, les CMU et CMUC, l'AME et l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire ont à toute fin pratique annulé l'effet de rationalisation de l'utilisation des services de santé qu'on voulait les voir jouer (Cremer *et al.*, 2007; Sandier *et al.*, 2004).

La Suède et les frais modérateurs

On fait grand cas de l'imposition de frais modérateurs en Suède, pays modèle de la social-démocratie et de l'État-providence (Irvine et Gratzner, 2002), comme s'il s'agissait là d'une preuve indéniable de leur nécessité.

Le système de santé suédois repose sur une couverture et un accès aux soins universels, un financement principalement assuré par l'impôt et les taxes, une forte prédominance du financement et de la prestation publics des services de santé et une structure de financement et de prestation des soins très décentralisée. Le système de soins et de services de santé a trois paliers. Le palier national garantit l'égalité et l'équité d'accès aux soins et finance certains programmes. Les paliers régional et local sont responsables de la prestation des soins et d'une grande partie de leur financement. Le financement régional du système de soins et de services de santé provient principalement des taxes. Il est passé de 68,3 % en 1998 à 72,2 % en 2003 et les subventions de l'État central ont crû de 18 % à 19 % durant la même période. Une source beaucoup moins importante est générée par les contributions des particuliers qui n'a cessé de diminuer de 1998 (3,4 %) à 2003 (2,8 %) (Glenngard *et al.*, 2005; Rae, 2005). Les assurances privées sont une source de financement insignifiante dans ce pays.

Dans l'ensemble, les Suédois doivent s'acquitter de frais lorsqu'ils consomment des soins, des services ou des biens médicaux. Ceux-ci ont été imposés dès l'implantation du régime public et universel d'assurance santé. L'objectif était le même qu'en France, soit limiter le recours au système en signalant aux patients que les services de santé ne sont pas gratuits.

Les frais pour consultation de médecins généralistes dans le secteur privé étaient de 15 à 23 \$ CA par visite en 2004. Dans les cliniques publiques de soins primaires, aucun frais ne sont imposés. Le montant total de ces frais ne peut dépasser 139 \$ par année pour les visites aux généralistes et aux spécialistes. Les médicaments sont couverts par le régime public, avec un maximum de frais de 279 \$ par année et par personne. D'autres maximums aussi peu élevés sont imposés sur une base annuelle pour l'utilisation d'autres services, comme les services à domicile, les appareils médicaux et les soins dentaires. De plus, de nombreuses exemptions existent pour les individus âgés de moins de 20 ans, ceux ayant un faible revenu, les personnes handicapées et les femmes enceintes. Les personnes âgées de plus de 65 ans bénéficient d'avantages importants et très souvent elles n'ont aucuns coûts à défrayer pour accéder aux soins et services de santé. Il n'est donc pas surprenant que les contributions des utilisateurs ne représentent qu'une part faible et décroissante des dépenses de santé en Suède, et que seulement 2,3 % des Suédois aient adhéré à un régime d'assurance privée en 2003.

Les politiques publiques d'aide et de subvention pour les frais modérateurs devaient permettre de protéger les individus contre les coûts élevés, tandis que les frais modérateurs eux-mêmes devaient prévenir l'utilisation excessive des services de santé. Ces deux objectifs ont été difficiles à combiner. Pour les patients grands consommateurs de soins, les frais n'ont pas empêché le recours aux services une fois atteint les plafonds de déboursements. Cependant pour d'autres types de patients économiquement plus démunis, les frais ont affecté l'utilisation. Dans un échantillon d'adultes de deux régions socio-sanitaires de Suède, 30 % d'entre eux ont déjà évité une visite chez le médecin à cause des coûts associés à la visite (Elofsson *et al.*, 1998). Chez les personnes à faible revenu, ce pourcentage atteint 55 %. Chez les plus favorisés économiquement, seulement 5 % ont évité de voir un médecin. Les personnes qui se privent d'une visite médicale sont en plus mauvaise santé, ont plus de douleurs et ont plus de maladies chroniques que les autres. Il est cependant difficile de conclure de ces données suédoises que les frais modérateurs diminuent le nombre de visites médicales frivoles. Certaines études utilisant des modèles statistiques raffinés concluent à une iniquité d'accès aux services médicaux et hospitaliers associée aux frais modérateurs et aux facteurs socio-économiques (Gerdtham, 1997; Gerdtham et Trivedi, 2001). Ces résultats

sont corroborés par l'étude de Van Doorslaer et collègues (2006) sur l'inégalité d'accès aux services médicaux spécialisés et de première ligne dans 21 pays de l'OCDE. La Suède se range respectivement aux 17^e et 18^e rangs sur 21 pays quant à l'accès et à la fréquence de l'utilisation des services médicaux. Dans les deux cas, la France obtient un meilleur pointage que la Suède, se classant au 10^e et 14^e rangs. On peut conclure de ces données que toute imposition de frais à l'utilisation introduit des formes d'iniquité dans l'accès aux services de santé.

Un financement favorable à la prestation privée des services de santé

Il est classique de distinguer le financement privé et la prestation privée des services de santé. Le financement privé peut être utilisé par les États pour assurer le développement et la pérennité du secteur privé de prestation des services de santé. Par exemple, la loi 33 de l'Assemblée nationale du Québec et les règlements qu'on se propose de lui adjoindre permettraient à des cliniques privées, financées par des sources privées, d'offrir des services de types hospitaliers couverts par des régimes privés d'assurance en parallèle avec les services offerts par les hôpitaux publics dans le cadre de l'assurance maladie (Assemblée nationale, 2006, 2007). Il est donc tout à fait indiqué de s'attarder aux conséquences prévisibles du développement d'un secteur privé de prestation des services de santé financés, en tout ou en partie, par des fonds privés.

Nous analyserons ici les relations entre prestation et financement privés des services de santé pour en détailler, toujours à l'aide d'exemples concrets, les conséquences sur le contrôle des coûts, l'accès aux services et la qualité des soins (le chapitre 16 fait une revue systématique de ces conséquences).

L'Australie : favoriser la prestation privée des soins

En Australie, l'assurance privée des services hospitaliers s'est toujours maintenue, même depuis l'instauration d'un régime public et universel d'assurance santé dans les années 1980 (Colombo et Tapay, 2003), mais le nombre d'adhérents aux régimes privés a subi une baisse graduelle qui a menacé la pérennité des hôpitaux privés (Industry Commission, 1997,

p. 29; Cormack, 2002 pour une autre interprétation). À la fin des années 1990, le gouvernement australien confie à la Commission sur l'industrie le mandat d'étudier la contribution de l'assurance privée au régime public d'assurance maladie (Industry Commission, 1997). Cette contribution est définie par le mandat gouvernemental en termes extrêmement larges et vertueux : maximiser la performance des services de santé dans l'atteinte des objectifs de santé pour la population de l'Australie ; soigner les personnes atteintes de problèmes chroniques de santé ; assurer l'équité du financement et de la prestation des soins et augmenter la productivité des prestataires de services. En fait, malgré cette rhétorique, l'objectif du gouvernement australien était plus prosaïque ; il s'agissait de diminuer les dépenses publiques en santé et d'accroître la part des hôpitaux privés dans la prestation des soins (Colombo et Tapay, 2003, p. 10).

Le gouvernement fédéral australien a adopté à la fin des années 1990 une série successive de mesures favorables à l'assurance privée des services hospitaliers (Butler, 2002 ; Cormack, 2002 ; Segal, 2004). Depuis, les personnes à haut revenu qui n'adhèrent pas à un régime privé d'assurance hospitalisation se voient imposer une surtaxe sur le revenu de 1 % pour le financement du régime public. En janvier 1999, l'État subventionnait les primes d'assurance hospitalisation jusqu'à hauteur de 30 % ; un an et demi plus tard, les personnes adhérant à un régime de ce type avant la trentaine obtenaient une garantie de maintien des primes pour la vie (Healy *et al.*, 2006). Ces mesures s'accompagnent d'une forte réglementation de l'activité des assureurs privés (Colombo et Tapay, 2003). À la suite de l'instauration de la garantie à vie du maintien des primes, l'adhésion à un régime privé d'assurance hospitalisation est passée de 30 % à 44 % de la population (PHIAC, 2007). La subvention aux primes d'assurance privée a représenté, de 2001 à 2003, un montant de 2,2 milliards de dollars australiens pour le gouvernement, c'est-à-dire 6 % des dépenses gouvernementales de santé, et à peu près 18 % des budgets hospitaliers. Cette somme aurait tout aussi bien pu être investie directement dans les hôpitaux publics (Duckett et Jackson, 2000 ; Segal, 2004).

Les coûts du régime public ont-ils été mieux contrôlés à la suite de l'introduction des politiques favorables à l'assurance privée ? De 1995-1996 à 1998-1999, soit avant l'introduction du rabais et de la garantie à vie du prix des primes, les dépenses publiques de santé ont augmenté de 5,6 % à 5,8 % du produit intérieur brut (PIB), et les dépenses privées passaient de

2,7 % à 2,9 % du PIB, pour une évolution des dépenses totales de santé de 8,4 % à 8,7 % du PIB. Après l'introduction des politiques favorables à l'assurance privée, les dépenses publiques de santé passaient, de 1999-2000 à 2002-2003, de 5,9 % à 6,2 % du PIB, ce à quoi il faut ajouter le coût du rabais, soit 0,3 % du PIB. Pendant ce temps, la proportion des dépenses privées sur le PIB passait de 2,7 % à 3,8 %. En 2002-2003, l'Australie consacrait 9,5 % de son PIB à la santé contre 8,9 % au moment de l'introduction de la nouvelle politique favorable au financement et à la prestation privés des services de santé (Duckett, 2005). De nouvelles dépenses ont donc été générées par l'introduction de l'assurance privée. Les coûts d'administration sont à peu près trois fois plus élevés dans les régimes privés que dans le régime public. On ne se surprendra pas non plus de l'augmentation des primes des régimes privés de 11 % par an de 1996-1997 jusqu'à 2001, et de 7 % par la suite. L'augmentation relative des primes est donc extrêmement importante, plus importante en fait que l'augmentation du budget public.

Les assureurs privés n'ont pas réussi à maintenir l'équilibre de l'accès aux services de santé entre les patients des secteurs privé et public. Des problèmes de qualité des soins sont aussi apparus. Des études le confirment pour trois conditions données ici à titre d'exemples : le cancer de la prostate (Hall *et al.*, 2005), le cancer du poumon (Hall *et al.*, 2004) et les accouchements (Shorten et Shorten, 2000 et 2004). Dans les trois cas, les personnes qui adhèrent à un régime privé d'assurance santé sont plus souvent hospitalisés dans les hôpitaux privés que dans les hôpitaux publics. L'accès aux procédures chirurgicales les plus radicales est plus fréquent chez les adhérents à un régime privé et chez ceux qui sont hospitalisés dans un hôpital privé. Par exemple, chez les hommes résidants en Australie de l'Ouest et ayant un diagnostic de cancer de la prostate, 18,7 % de ceux qui adhèrent à un régime privé ont subi une prostatectomie radicale contre 8,2 % pour les non adhérents sur une période de 20 ans, et 21,4 % des patients d'hôpitaux privés contre 6,5 % des patients des hôpitaux publics ont subi la même procédure. De la même façon, les chirurgies pour les cancers du poumon (pneumonectomie, lobectomie, etc.) sont 15 % plus fréquentes chez les adhérents à un régime privé d'assurance santé dans le même État. Dans l'État de la Nouvelle-Galles du Sud, le taux de naissances par césarienne et l'utilisation de l'épidurale sont moitié moindres dans le secteur public (6,5 % et 20,9 %) que dans le secteur privé (15,2 %

et 48,3 %). Par ailleurs, les taux d'épisiotomie sont moindres du tiers dans le secteur public (25,5 %) qu'au privé (35,7 %).

Dans tous ces cas, l'utilisation plus fréquente des procédures chirurgicales les plus lourdes dans le secteur privé que dans le secteur public est le résultat d'un enchaînement de facteurs, certains économiques, d'autres à la fois sociaux, économiques et médicaux. Par exemple, la plus forte fréquence de la prostatectomie radicale et les taux de survie supérieurs dans le secteur privé résultent de la combinaison de l'adhésion à un régime privé d'assurance, de l'utilisation des hôpitaux privés, du statut socio-économique favorable et du niveau supérieur d'éducation des adhérents et de leur recours plus important aux procédures de dépistage et de traitements actifs. Dans le cas de l'épisiotomie, les adhérentes à des régimes privés d'assurance ont des taux plus élevés d'utilisation des forceps et le poids de l'enfant à la naissance est plus élevé. Si, dans le cas du cancer de la prostate, le recours à la prostatectomie radicale est effectivement en partie responsable des plus hauts taux de survie chez les adhérents à un régime privé, l'utilisation plus fréquente de procédures chirurgicales radicales dans le cas des accouchements ne conduit pas à de meilleurs résultats pour la santé des femmes. L'adhésion à un régime d'assurance privée en santé ouvre la porte à un accroissement de l'accès et de l'utilisation des services de santé qu'ils soient nécessaires ou frivoles, avec des conséquences favorables ou moins favorables.

La qualité des soins dans les hôpitaux à but lucratif aux États-Unis

Des revues systématiques de la documentation scientifique sur la qualité des soins dans les hôpitaux américains (Devereaux *et al.*, 2004) et dans les maisons d'hébergement médicalisées pour personnes âgées (Hillmer *et al.*, 2005; McGrail *et al.*, 2007; O'Neil *et al.*, 2003) sont arrivées à des conclusions qui vont dans le même sens. Par exemple, la probabilité de décès est de 2 % supérieure dans les hôpitaux à but lucratif sur l'ensemble des études. La probabilité de décès chez les enfants hospitalisés dans les établissements à but lucratif est supérieure de 9 % à celle qui est observée dans les établissements sans but lucratif. Les hôpitaux et les maisons d'hébergement à but lucratif emploient souvent un personnel moins qualifié, alors que la qualité du personnel est fortement associée à la mortalité des patients. Devereaux et ses collègues concluent qu'on ne peut

s'empêcher de penser que le motif du profit peut provoquer des restrictions dans la prestation des soins qui affectent négativement leurs résultats.

Une étude italienne accompagne bien les conclusions des études américaines. L'utilisation des endoprothèses aortiques imprégnées (EAI) a été comparée dans les hôpitaux publics et privés de l'Émilie-Romagne (Grilli *et al.*, 2007). Les EAI sont plus utilisées dans les hôpitaux privés que dans les hôpitaux publics, mais les indications pour les EAI sont mieux suivies dans les hôpitaux publics, elles y sont plus fréquemment utilisées auprès des patients à haut risque et se substituent aux procédures chirurgicales plus radicales. L'étude conclut que le supplément d'utilisation des EAI dans le secteur privé indique une volonté de récupérer les investissements dans les plateaux techniques coûteux.

En Émilie-Romagne comme dans les deux États d'Australie qui ont été évoqués, l'utilisation plus fréquente des procédures chirurgicales les plus coûteuses est liée, certes, à la situation médicale des patients mais aussi à leur adhésion à un régime privé d'assurance ou à leur utilisation d'hôpitaux privés à but lucratif. Il y a dans ces observations répétées quelque chose de systématique qui appartient en propre au financement et à la prestation privée des services de santé.

La pratique privée dans les hôpitaux publics

La pratique privée dans les hôpitaux publics est assez répandue dans les pays à haut et à faible revenu, mais des données manquent pour évaluer ses effets sur le financement, sur l'accès aux services et sur la qualité des soins (McPake *et al.*, 2007). La pratique privée et le financement privé qui l'accompagne sont utilisés, entre autre, pour allonger les budgets des hôpitaux publics (Colombo et Tapay, 2004 p.10) et pour assurer l'accès à des soins et services de qualité supérieure aux personnes capables et désireuses de payer pour leurs soins (McPake *et al.*, 2007). En effet, la clé de la prestation privée de soins dans les hôpitaux publics est la différenciation des services sur la base de leur qualité: qualité des services personnels, qualité des soins médicaux et chirurgicaux, y compris l'accès plus rapide aux procédures. Les patients ne seront convaincus de la pertinence de payer le prix d'un service privé que si le service est de meilleure qualité et d'un accès plus rapide. Les hôpitaux publics devront donc maintenir cette différence de qualité, utiliser un supplément de ressources et les

mettre à la disposition des patients privés. Cette stratégie, encore plus cruciale lorsque plusieurs hôpitaux publics entrent en compétition pour attirer des patients privés, les encourage à investir de plus en plus de ressources pour les patients privés. En conséquence, la contribution des patients privés au financement des hôpitaux publics pourrait être tout à fait théorique. Il n'y a en effet aucune garantie que l'inverse ne se produirait pas, c'est-à-dire que le financement public des hôpitaux publics n'en vienne à subventionner la pratique privée.

Les patients admis sous un régime privé dans un hôpital public contribueront au financement des services aux patients admis sous un régime public que dans la mesure où leur contribution excède les coûts des services qu'ils utilisent. Si le financement public contribue pour plus que sa part au fonctionnement de l'hôpital, le transfert des ressources ne se fait plus des patients « privés » vers les patients « publics », mais bien en sens inverse (McPake *et al.*, 2007). C'est le cas classique de discrimination des consommateurs que révélait Dupuit (1849) : les gestionnaires des chemins de fer français exerçaient alors une discrimination envers les passagers de troisième classe au profit des passagers des classes supérieures. McPake et ses collègues (2007) concluent de leur modélisation de la pratique privée dans les hôpitaux publics que sauf sous des conditions qui ne sont pas réalisées dans le système québécois actuel, la compétition entre hôpitaux aura pour effet de subventionner les soins aux patients privés des hôpitaux publics par le financement public et de diminuer la qualité des soins offerts aux patients admis à l'hôpital public sous le régime public.

En Israël, on permet la pratique et le financement privés des services hospitaliers publics (Shirom, 2001). On y trouve un exemple concret du phénomène de subvention inverse dans une étude qui a porté sur trois hôpitaux publics (Ofer *et al.*, 2006). Les patients admis sous un régime privé dans ces hôpitaux ont un meilleur accès aux chirurgiens les plus réputés. Moins le cas est complexe, plus la différence entre l'accès à un médecin réputé favorise les patients privés. Pour les cas très complexes, 99 % des patients privés ont droit aux médecins réputés contre 78 % des patients publics. Pour les cas les moins graves, les taux sont respectivement de 92 % et de 32 %. Il y a là une différence substantielle de la qualité des soins entre les deux types de patients, et potentiellement un gaspillage des ressources, dans la mesure où les patients du régime public qui sont dans une situation complexe n'ont pas tous accès aux meilleurs médecins.

Le cas de l'Irlande, où l'assurance privée joue un rôle plus important qu'en Australie, est aussi un exemple intéressant. Pour le gouvernement irlandais, l'assurance privée est un moyen qui permet un meilleur accès aux soins de santé, promeut la performance des prestataires des services de santé, constitue une source additionnelle de financement des hôpitaux publics, favorise un comportement responsable des utilisateurs et réduit les coûts publics de la santé (Colombo et Tapay, 2004). Dans ce pays où 49 % de la population souscrit une assurance privée, celle-ci joue des rôles supplémentaire et duplicatif, surtout dans le secteur hospitalier (Colombo et Tapay, 2004).

Les hôpitaux publics irlandais sont autorisés à offrir jusqu'à 20 % de leurs lits aux patients admis sous un régime de financement privé et 50 % des hospitalisations financées par l'assurance privée ont lieu dans les établissements publics. Les lits privés comptent pour 34 % de tous les lits hospitaliers disponibles. Les assurés peuvent choisir d'être hospitalisés dans les lits privés des hôpitaux publics ou dans les hôpitaux privés. Les hôpitaux publics offrent des soins spécialisés et de haute technologie alors que les hôpitaux privés se concentrent dans les hospitalisations d'un jour et la chirurgie électorale. Les assurés sont concentrés dans les couches les plus riches de la population. Il est à noter que de 1981 à 2003, les primes des régimes privés d'assurance ont augmenté de 10,4 % par année.

Les lits privés sont une source supplémentaire de fonds pour les hôpitaux publics, même si la subvention gouvernementale pour les soins aux patients privés est inférieure à la moitié du coût de leurs hospitalisations. Les frais imposés aux patients privés dans les hôpitaux publics sont inférieurs à leur coût réel, tandis que les médecins sont incités à donner des traitements préférentiels aux patients privés. L'Irlande correspond à un cas typique du modèle de différenciation des clientèles défini par McPake et ses collègues (2007).

On entend souvent dire que l'équité d'accès aux services hospitaliers publics pourrait être préservée par des quotas et autres réglementations gouvernementales. Mais en Irlande, le quota historique de 20 % de lits réservés aux patients privés dans les hôpitaux publics est systématiquement excédé. Les patients admis sous un régime privé constituent 30 % de toutes les admissions et 46 % des congés hospitaliers. Même le gouvernement irlandais convient qu'il y a iniquité d'accès aux soins hospitaliers pour les patients du régime public (Department of Health and Children, 2001).

L'éviction de patients des services hospitaliers publics au profit des patients privés (*crowding out*), c'est-à-dire le déplacement de l'utilisation des ressources des hôpitaux publics au bénéfice des patients privés et au détriment des patients publics, se manifeste surtout par les hospitalisations où existe la possibilité d'allonger ou de raccourcir les séjours, c'est-à-dire dans les cas où les médecins et gestionnaires d'hôpitaux peuvent exercer un certain degré d'arbitraire dans l'utilisation des ressources (O'Reilly et Wiley, 2007). En Irlande, l'éviction de patients publics a augmenté au cours des périodes les plus récentes. Les patients privés font, dans ces cas, des séjours plus longs que les patients publics. Cette éviction ne s'applique pas à tous les types d'hospitalisation ; on ne la voit pas, par exemple, dans les cas d'hospitalisation d'urgence.

Le transfert de revenu

Les recherches sur les liens entre santé, revenu, hiérarchie sociale et pauvreté ont largement démontré que plus une personne dispose en quantité et en qualité de ressources sociales, culturelles et économiques, meilleur sera son état de santé (Dalstra *et al.*, 2002 ; Evans, 2002a ; Ferrie *et al.*, 2002 ; Lévesque *et al.*, 2002 ; Institut de la statistique du Québec, 2001 ; Subramanian et Kawachi, 2002 ; Ross *et al.*, 2000). Puisque les services de santé ont pour fonction de diagnostiquer la maladie, de traiter les malades, de les guérir si possible ou de maintenir leur état de santé, les coûts de ces services chez les personnes malades seront forcément supérieurs aux coûts chez celles qui sont en bonne santé. Dans un régime public et universel d'assurance santé où paiement et utilisation sont séparés, il y a l'équivalent d'un transfert de revenu des personnes en bonne santé vers celles qui ont une mauvaise santé. Si le financement du régime public et universel est assuré par des impôts, taxes et contributions diverses, et que les taux d'imposition s'accroissent avec le revenu, le régime aura un effet de transfert de revenus des personnes aisées vers les personnes moins favorisées. Cet effet sera augmenté par l'association connue entre le niveau de revenu et la santé.

Les personnes âgées aux États-Unis : un cas paradigmatique

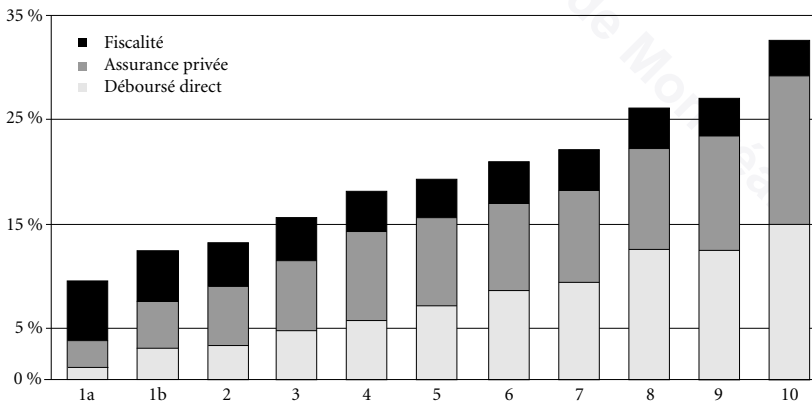
Bien que les Américains ne disposent pas d'un régime d'assurance santé public et universel, les personnes âgées de 65 ans et plus sont protégées par deux régimes publics, Medicare et Medicaid. Medicare offre une couverture partielle des services médicaux et hospitaliers avec de nombreuses exclusions et limites à l'utilisation, tandis que les utilisateurs sont appelés à contribuer financièrement par des franchises et des copaiements qui prennent des formes complexes et variés. Pour compliquer encore plus les choses, les Américains âgés peuvent adhérer volontairement à une partie supplémentaire de Medicare; ils doivent alors défrayer les coûts de cette couverture. L'étendue de la couverture varie aussi selon le pourvoyeur de services choisi par la personne âgée: elle est souvent plus importante si elle s'inscrit à des organisations intégrées de services, comme les Health Maintenance Organisation (HMO). Finalement, les services de soins de longue durée sont exclus de Medicare. Medicaid peut alors intervenir si la personne âgée est démunie. En conséquence, les personnes âgées qui en ont les moyens recourent à ce que l'on appelle le « Medigap », c'est-à-dire une assurance privée qui couvre une partie de ce qu'exclut Medicare.

Une introduction de modalités de financement privé des services de santé au Québec pourrait ressembler à cette courtepoinette américaine d'assurances partielles, de contributions multiples, de couvertures variées et de recours à l'assurance privée. La question qui se pose est alors la suivante: quelle est la conséquence de ces multiples façons de financer les dépenses de services de santé sur le budget des ménages de personnes âgées aux États-Unis? La figure 14.1 ventile les dépenses de santé des ménages américains de 65 ans et plus selon leur source en dix classes de revenu (Rasell *et al.*, 1994). Malgré le régime Medicare, les personnes âgées à faible revenu consacrent de 25 à 33 % de leur budget au financement privé des services de santé. Les personnes âgées qui se situent dans les groupes supérieurs de revenu en dépensent moins de 10 %. Si l'on compare les dépenses fiscales en services de santé, c'est-à-dire la part des taxes et impôts qui vont aux services de santé, les ménages de personnes âgées à faible revenu y consacrent environ 3 % de leur revenu, contre 6 % pour les plus favorisés. Les dépenses privées des ménages va dans le sens contraire. Les ménages âgés les moins favorisés consacrent 15 % de leur revenu aux

dépenses privées en services de santé, et les plus favorisés, 1,5 %. Mais l'écart en montants réels dépensés est tout autre : les ménages défavorisés n'achètent que 582 \$ de services de santé, quand les ménages favorisés dépensent 1552 \$. La même histoire se répète avec les assurances. Les 2,5 % consacrés par les ménages favorisés aux assurances privées leur permettent d'y consacrer 2403 \$, tandis que les 14 % des budgets des ménages défavorisés leur permet de souscrire des régimes d'un coût moyen de 492 \$. Les résultats plus récents des études dirigées par Hwang (2001) et Cristal (2000), quoique moins complets, vont dans le même sens.

On voit bien, dans le cas américain, l'effet d'un régime d'assurance public qui ouvre la porte au financement privé. Les ménages recourent massivement à l'assurance privée pour couvrir les services exclus du régime public ou pour s'assurer un accès plus rapide aux services. Ils allouent une part importante de leur revenu aux paiements directs de services de santé. Ces dépenses privées sont extrêmement coûteuses pour les ménages démunis. Avec l'accroissement des revenus, la part relative des dépenses privées diminue, tandis que l'importance relative des contributions fiscales augmente

FIGURE 14.1
Part du revenu dépensée en soins de santé aux États-Unis
en 1987 par décile de revenu et mode de financement :
ménages des personnes de plus de 65 ans



Source: Rasell *et al.* (1994)

Le régime privé d'assurance hospitalisation en Australie

L'expérience australienne de soutien gouvernemental à l'assurance santé privée confirme l'expérience américaine.

L'adhésion à une assurance privée pour les soins hospitaliers est directement reliée aux revenus et aux avoirs des Australiens. Premièrement, l'introduction des politiques favorables à l'assurance hospitalisation privée par le gouvernement fédéral australien à la fin des années 1990 a accru la différence de revenu entre ceux qui disposent d'une telle assurance et ceux qui n'en disposent pas. Alors qu'en 1995, la différence de revenu entre ces deux groupes était de 37 %, en 2001, elle avait atteint 61 %. Deuxièmement, puisque de 30 à 40 % des primes d'assurance hospitalisation sont remboursées par l'État fédéral, il s'ensuit que les 20 % d'Australiens les plus riches reçoivent 50 % du subside, tandis les 20 % d'Australiens les moins riches s'en partagent uniquement 4 % (Smith, 2001). Troisièmement, les taux d'adhésion à l'assurance hospitalisation privée varient directement en fonction des situations socio-économiques. Il n'y a que 20 % d'adhérents à ce type d'assurance chez ceux qui n'ont qu'un avoir de 500 \$ à 999 \$ AU; la moitié de ceux dont l'avoir varie entre 20 000 et 100 000 \$ ont de l'assurance pour leurs soins hospitaliers; et 80 % des millionnaires en disposent (Denniss, 2005). Seulement 13 % des familles monoparentales disposent d'une assurance hospitalisation privée. Les jeunes ménages avec enfant disposent de ce type d'assurance dans 20 % des cas, si leur revenu est inférieur à 40 000 \$, et à 48 % des cas s'il y est supérieur. Les ménages plus âgés avec enfant qui disposent de moins de 40 000 \$ adhèrent à 33 % à un régime privé d'assurance hospitalisation, contre 65 % si leur revenu dépasse ce seuil. Enfin, les ménages avec le moins de maladies et qui évitent les comportements à risque pour la santé adhèrent plus fréquemment à un régime privé d'assurance hospitalisation (Young *et al.*, 2006) et les personnes de 25 à 54 ans à haut revenu ont répondu le plus fortement aux incitations du gouvernement fédéral australien en soutien à l'assurance privée pour les soins hospitaliers (Walker *et al.*, 2005). Il est donc évident que les plus favorisés s'en tirent mieux que les moins favorisés.

En résumé, la politique australienne semble avoir eu deux effets majeurs : 1) subventionner les plus riches déjà convaincus des avantages de se procurer une assurance hospitalisation privée; et 2) permettre aux plus riches qui hésitaient à y adhérer de faire le saut vers l'assurance privée.

En somme, pour paraphraser Smith (2001), le gouvernement fédéral australien subventionne largement les personnes à haut revenu pour qu'ils sautent les files d'attente à l'hôpital.

Le transfert de revenus au Canada

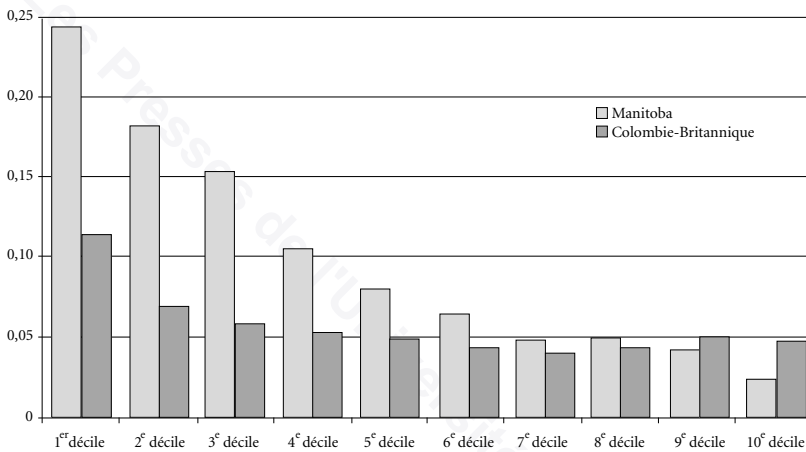
Au Canada, la loi sur l'assurance maladie de 1982, à peu près respectée par toutes les provinces, offre un régime public et universel pour les services médicaux et hospitaliers seulement. De façon générale, le régime est financé par les impôts et taxes des provinces et par les contributions et primes qu'elles imposent ainsi que par un transfert fiscal du gouvernement fédéral vers les provinces. Certaines provinces ont imposé des primes élevées à leurs citoyens pour financer les services de santé, d'autres les financent surtout par le régime général d'impôts et de taxes. Le financement des régimes provinciaux est donc plus ou moins progressif, avec des degrés variables de transferts de revenu des bien-portants vers les malades, et des personnes à haut revenu vers celles qui ont un revenu faible.

Deux études canadiennes ont porté sur les transferts de revenu attribuable au régime public et universel d'assurance maladie (Mustard *et al.*, 1998; McGrail, 2007). Dans les deux cas, les dépenses des régimes publics pour les services médicaux et hospitaliers ont été obtenues pour 10 classes de revenu, des plus faibles aux plus élevés. La figure 14.2 illustre la part des dépenses publiques de santé attribuable à chacune des classes en fonction de leur revenu. En Colombie-Britannique, les dépenses publiques en services médicaux et hospitaliers représentent 12 % du revenu des personnes aux revenus les plus faibles et 5 % du revenu des personnes les plus favorisées. Au Manitoba, les dépenses de santé des personnes aux revenus les plus faibles représentent 24 % de leur revenu, soit une proportion deux fois plus importante qu'en Colombie-Britannique. Les résultats des études indiquent aussi que les dépenses de santé des personnes les plus riches du Manitoba représentent une proportion deux fois moins importante qu'en Colombie-Britannique, soit 2,5 %. Les dépenses de santé ne s'accroissent proportionnellement au revenu qu'à partir du sixième décile aussi bien au Manitoba qu'en Colombie-Britannique, mais la hausse est beaucoup plus rapide dans un cas que dans l'autre. Deux interprétations de ces résultats sont possibles. Premièrement, les personnes dans les classes de faible revenu auraient tiré plus de bénéfices du régime public d'assurance

médicale et hospitalière au Manitoba en 1994 qu'en Colombie-Britannique en 2002. Deuxièmement, la différence entre les résultats pourrait provenir des méthodologies différentes utilisées dans les deux études. Au Manitoba, les données sont plus précises, car elles sont basées sur les revenus et l'utilisation des individus, alors qu'en Colombie-Britannique, les données sur les revenus ont été rassemblées sur la base d'unités géographiques.

FIGURE 14.2

Distribution des dépenses publiques de santé en % du revenu par classe au Manitoba (1994) et en Colombie-Britannique (2002)



Source: Mustard *et al.* (1998); McGrail *et al.* (2007).

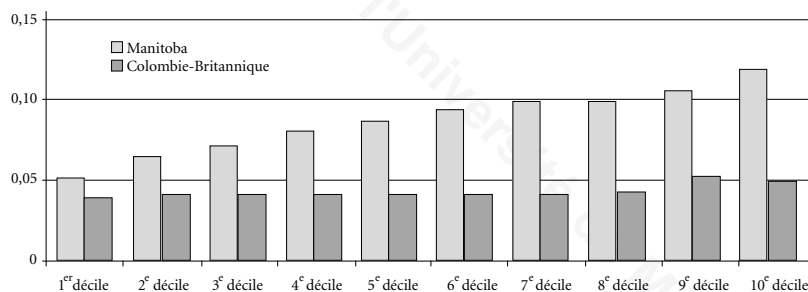
La participation financière aux services de santé publics des classes de revenu au Manitoba et en Colombie-Britannique est illustrée à la figure 14.3. Elle est pratiquement proportionnelle au revenu en Colombie-Britannique, tandis qu'au Manitoba, elle est progressive. En somme, les bénéficiaires du régime public d'assurance santé seraient supérieurs au Manitoba pour les classes de revenu les plus faibles, tandis que leur contribution financière, en proportion de leur revenu, y serait inférieure par rapport à la Colombie-Britannique. Le transfert de revenu serait donc plus faible en Colombie-Britannique qu'au Manitoba.

Les études européennes ont démontré que le transfert de revenus attribuable aux modalités de financement des régimes publics d'assurance maladie variait en fonction des paramètres qui définissent la progressivité du financement des services de santé et des régimes d'impôt et de sécurité

sociale (Evans, 2001; Van Doorslaer *et al.*, 2000), un peu comme au Canada dans le cas du Manitoba et de la Colombie-Britannique. Plus la part du financement privé est importante, plus les modalités de financement du régime public s'éloignent de la progressivité, et moins le transfert des classes de revenu favorisées vers les classes défavorisées est important. De même, plus les revenus sont inégalement répartis, moins la santé est également répartie. Le jeu est toujours complexe entre répartition des revenus dans un pays, progressivité des régimes de financement des services publics de santé et part du financement privé. Les limites sur la disponibilité des données doivent aussi être prises en compte. Mais si les sommes transférées et les modalités de transfert varient, le transfert en faveur des personnes à faible revenu attribuable au régime public d'assurance santé est toujours observé.

FIGURE 14.3

Distribution du financement des services publics de santé en % du revenu par classe au Manitoba (1994) et en Colombie-Britannique (2002)



Source: Mustard *et al.* (1998); McGrail *et al.* (2007).

Conclusion

Le financement privé des services de santé ne peut en aucune façon assurer la pérennité du régime public et universel d'assurance maladie du Québec. Il introduit plutôt une série de problèmes à éviter. Le financement privé peut prendre plusieurs formes. Au Québec, on a proposé d'appliquer des frais modérateurs aux services médicaux et hospitaliers couverts par le régime public et de permettre l'assurance privée de services privés.

L'effet des frais modérateurs sur le financement, l'accès et l'utilisation des services de santé a été longuement analysé par des économistes cana-

diens il y a de nombreuses années (Stoddart *et al.*, 1993a,b). Barer et ses collègues (1993) s'étonnaient que les frais modérateurs reviennent constamment dans le débat public, toujours sous la même forme, alors que leurs conséquences négatives sur l'accès aux services étaient déjà bien connues. Quinze années plus tard, le débat ressurgit au Québec, et les arguments se répètent, tandis que les preuves de l'échec des frais modérateurs continuent de s'accumuler.

Si les frais modérateurs sont conçus comme une source de financement additionnelle significative des services publics de santé, les montants imposés doivent être élevés. De ce fait, la protection offerte par le régime public perd une partie de sa raison d'être. Les cas français et suédois sont exemplaires à cet égard. En France, des politiques publiques multiples ont été mises sur pied pour contrer l'effet délétère des tickets modérateurs sur l'accès et l'utilisation des services de santé, tandis qu'en Suède les frais modérateurs ne peuvent dépasser des seuils annuels très faibles. Malgré ces politiques, les personnes à faible revenu restreignent leur utilisation. Cette diminution ciblée de l'utilisation n'est cependant pas assez importante dans l'ensemble des activités des régimes français et suédois pour en contrôler les coûts globaux.

Si les frais modérateurs visent à réduire l'utilisation abusive des services de santé, ils ne devraient s'appliquer qu'aux services où l'utilisateur reste maître de la décision de les utiliser ou pas. Tous les services qui ne sont accessibles que sur prescription médicale – de l'hospitalisation, aux visites médicales sur référence et même aux médicaments, devront être exclus. Les frais modérateurs ne s'appliqueraient plus qu'aux visites aux médecins de famille initiées par le patient. En pratique, les politiques de frais modérateurs qui visent la réduction des abus n'osent jamais aller au bout de leur logique, qui imposerait de restreindre leur application à une portion tellement congrue des dépenses de santé qu'elles perdraient leur portée.

La logique des frais modérateurs est entièrement économique. Ils imposent aux utilisateurs le choix de services de santé en fonction de leurs prix, sous la contrainte des limites de leurs revenus plutôt qu'en fonction des principes thérapeutiques indiqués par l'état des patients (Tamblyn *et al.*, 2000; Goldman *et al.*, 2007). Les études tendent à démontrer que la rationalité économique à court terme de chacun des utilisateurs payeurs est impeccable, même si son impact sur leur santé peut être désastreux, entraînant un accroissement de l'utilisation des services de santé, et donc

des coûts totaux de l'épisode de soins (Tamblyn *et al.*, 2000). Comme quoi rationalité économique individuelle, rationalité médicale et rationalité économique du système de santé peuvent entrer en contradiction. Deux conceptions différentes de la notion d'« utilité » sont ici en cause (Evans, 2002b) : la première est celle de l'efficacité, de la performance et du rendement de procédures médicales et sanitaires en regard de la santé des personnes ; la seconde est celle de l'efficacité, de la performance et du rendement de ces mêmes procédures en regard de leurs portefeuilles. Les promoteurs du financement privé ne distinguent pas l'une de l'autre. Ils considèrent que l'imposition de contraintes financières aux utilisateurs de services de santé assure l'utilisation la plus rationnelle possible de ces services du point de vue de leur santé. Cette logique ne fonctionne pas, et les frais, ou tickets, modérateurs ne sont que des instruments financiers grossiers en regard des objectifs visés (Cremer *et al.*, 2007 ; Cutler et Zeckhauser, 1999).

L'introduction de l'assurance privée et de sa conséquence, le développement d'un secteur privé de prestation des soins financé de sources privées, sont beaucoup plus ambitieux que l'imposition de frais modérateurs à l'utilisation de services de santé couverts par un régime public. Les objectifs des États sont multiples et la rhétorique politique remplit de bonnes intentions. Les objectifs recherchés sont le contrôle des coûts globaux des services de santé, la prestation de soins appropriés et de qualité et même l'accès équitable aux soins pour les patients (Cremer *et al.*, 2007). L'Australie et l'Irlande en sont deux exemples. À l'analyse, il apparaît que le développement d'un secteur privé de prestation de soins appuyé par une politique publique favorable à l'assurance privée n'a pas permis de réduire les dépenses publiques de santé en Australie, a accru la part de la richesse nationale consacrée à l'ensemble des services de santé, a produit des inégalités d'accès aux services hospitaliers, n'a pas amélioré la qualité des soins et a accru l'inégalité de la distribution des revenus entre les ménages.

Ici, comme dans le cas des frais modérateurs, il y a erreur de perspective. Le financement privé peut permettre à des groupes de personnes d'accélérer leur accès à des services de santé en plus grande quantité. L'accès à des services de qualité est une toute autre chose, comme le montre l'exemple de l'Australie et de l'Émilie-Romagne. Dans certaines circonstances, la quantité peut être associée à la qualité, dans d'autres, non. Et

les services offerts en plus grande quantité par l'intermédiaire du financement et de la prestation privés se concentrent sur les procédures les plus profitables et aux patients à la santé la moins défaillante. Ces résultats sont la conséquence du mobile qui anime le financement et la prestation de services médicaux privés : pour les patients, la maximisation de l'utilité des services médicaux et hospitaliers sous contrainte des limites de leur revenu personnel ; pour les assureurs, des remboursements minimums pour des primes maximums ; pour les prestataires, la production du maximum de procédures les plus satisfaisantes du point de vue professionnel et les plus payantes du point de vue économique.

Les effets pervers de l'application de la logique du financement et de la prestation privés des services médicaux apparaissent dans toutes leurs splendeurs quand ils se mélangent à la logique de la prestation publique des services de santé. Les hôpitaux publics qui s'ouvrent à la pratique privée sous le motif d'ajouter une source de financement risquent de voir jouer la logique à l'inverse. Plutôt que de voir les sources de financement privées subventionner les soins aux patients admis sous le régime public, la logique de la différenciation des clientèles les fera subventionner les soins aux patients admis sous un régime privé par le financement public. Le principe de la différenciation des clientèles a été développé, comme nous l'avons vu, par Dupuit (1849) qui soulignait l'exemple de la gestion des tarifs des chemins de fer français du XIX^e siècle. Voilà une belle occasion de gérer nos hôpitaux comme les chemins de fer français de cette époque !

Enfin, les régimes publics d'assurance santé transfèrent des revenus des classes économiques les plus favorisées aux classes économiques les moins favorisées. L'exemple de deux provinces canadiennes montre que la valeur des transferts varie en fonction de la progressivité du financement du système de santé. Deux observations sont cependant universelles. Premièrement, puisque la santé est associée aux revenus, il y a toujours transfert. Deuxièmement, toute augmentation du financement privé des services de santé par des frais modérateurs, des paiements directs des ménages à des services de santé désassurés ou l'accroissement de la part des assurances privées diminuent les transferts. Encore une fois, l'exemple australien est emblématique. L'intérêt économique des classes de revenu les plus élevées sera toujours de diminuer autant que faire se peut la part du financement public et d'accroître la part du financement privé. Cela

pourrait bien être le secret de la pérennité du débat sur le financement privé des services de santé!

On entend souvent que l'introduction du financement privé des services médicaux et hospitaliers au Canada ne vise pas l'introduction d'un système à l'américaine. Or, Medicare, le régime public et universel d'assurance santé pour la population américaine de 65 ans et plus se rapproche le plus du régime canadien, avec une exception importante: des primes, franchises, copaiements y sont systématiquement appliqués. L'effet sur le transfert de revenu entre classes de revenus est radical. Les personnes âgées consacrent une part importante de leur revenu aux déboursés personnels en services de santé, et plus leurs revenus sont importants, moins cette part est grande. Mais, une proportion moins importante d'un revenu supérieur consacrée à l'achat de services de santé en procure une plus grande quantité qu'une proportion importante d'un faible revenu. Le Medicare américain est un exemple parfait de la réduction des transferts de revenus des plus économiquement favorisés aux moins favorisés par l'introduction de modalités de financement privé des services de santé conjointement à la présence d'un régime public et universel. La même conclusion peut être tirée de l'exemple australien.

Reigenstreif (2005) examinait l'avenir du Medicare américain. Il n'entrevoit aucune solution du côté des mécanismes de marché. Suivant en cela Arrow (1963) dans son article fondateur sur l'analyse économique des régimes d'assurance pour les services de santé, Reigenstreif en appelait à l'expertise technologique et au savoir professionnel. Les solutions aux problèmes de financement et de prestation des régimes publics de santé résident dans les institutions sociales: les valeurs et les organisations professionnelles, les institutions d'enseignement universitaires, la réglementation et l'intervention des États dans la prestation et le financement des services de santé (Glied *et al.*, 2001; Hall 2001; Chernew, 2001). Les institutions, qui englobent à la fois valeurs, normes et organisations, sont propres à chaque civilisation et société. Si quelques-unes de ces valeurs sont communes à l'ensemble des sociétés occidentales, leur histoire respective contient suffisamment d'idiosyncrasies pour en faire des cas d'espèces. Ces particularités rendent particulièrement dangereuses une recherche de solutions aux problèmes des régimes publics et universels d'assurance santé qui adhère tout de go à la question du « Pourquoi pas nous ? ». Les régimes de santé sont des héritiers de leur propre histoire et

de l'histoire des sociétés qui les ont développés. Ils dépendent du chemin historique qu'ils ont parcouru, des traces qu'ont laissé les institutions qui les a vus naître et qui se sont succédées au cours du temps (Lowe, 2002 ; Hoffman, 2006). Ce qui n'est pas une raison pour s'interdire de les changer quand le besoin s'en fait sentir.

Comme le Saint Empire Romain de Voltaire, le financement privé peut être vu comme une appellation vertueuse, mais il ne tient aucune de ses promesses. Les solutions aux problèmes du régime public et universel québécois résident dans l'adaptation des soins et des services aux besoins des personnes. Les modalités d'organisation et de financement des régimes doivent favoriser les activités cliniques les mieux adaptés aux besoins de la population. En ce sens, les modalités de financement des services de santé ne sont pas négligeables, mais leur rôle n'est pas de soumettre les services de santé aux desiderata des mécanismes du marché.

Références

- ARROW, K. J. (1963), « Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care », *The American Economic Review*, vol. 53, n° 5, p. 941-973.
- Assemblée Nationale (2006), *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, L.Q. 2006, c. 43.
- Assemblée Nationale (2007), « Décret 900-2007, 17 octobre 2007 », *Gazette officielle du Québec*, 31 octobre, 139^e année, n° 44, p. 4389.
- BARER, M. et al. (1993), *The Remarkable Tenacity of User Charges HPRU 93:15D*, Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia.
- BOISGUÉRIN, B. (2006), « Les bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2005 » DREES, *Études et Résultats*, N° 512.
- BUCHMUELLER, T. C. et A. COUFFINHAL (2004), *Private Health Insurance in France (OECD Health Working Paper No. 12)*, Paris, OCDE.
- BUTLER, J. R. G. (2002), « Policy change and private health insurance: did the cheapest policy do the trick? », *Australian Health Review*, vol. 25, p. 33-41.
- CASTONGUAY, C. (1995), « L'heure du diagnostic », *Le Devoir*, Mardi le 2 mai 1995, p. A7.
- (2004), *Santé: Sommes-nous condamnés à des crises perpétuelles?*, Montréal, Institut Économique de Montréal, 27 Janvier 2004.
- CASTONGUAY, J., C. CASTONGUAY et C. MONTMARQUETTE (2006), *La pérennité du système de santé: un enjeu de finances publiques*, Cirano, mémoire présenté à la Commission des Affaires sociales.
- CASTONGUAY, J. et al. (2007), *Analyse comparative sur le financement de la santé*, Cirano, rapport de recherche.
- CHERNEW, M. (2001), « General equilibrium and marketability in the health care industry », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 26, p. 885-898.

- CNMSS (2007), *Changement dans la participation forfaitaire de 1 euro*. <<https://www.cnmss.fr>>.
- COLOMBO, F. et TAPAY, N. (2003), *Private health Insurance in Australia: A Case Study (No. 8)*, Paris, OECD.
- (2004), *Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems (No. 15)*, Paris, OCDE.
- CORMARK, M. (2002), «Private Health Insurance: The problem child faces adulthood», *Australian Health Review*, vol. 25, p. 38-51.
- COUFFINHAL, A. et V. PARIS (2003), *Cost Sharing in France (Working Paper)*, Londres, LSE Health and Social Care.
- CREMER, J., J.-M. LOZACHMEUR et S. WRIGH (2007), «Protecting equity while improving efficiency», dans *Financing Sustainable Healthcare in Europe: New Approaches for a New Outcomes*, rapport de recherche, p. 13-44.
- CRISTAL, S. et al. (2000), «Out-of-Pocket Health Care Costs Among Older American», *Journal of Gerontology: Social Sciences*, vol. 55b, p. 51-62.
- CUTLER D. M. et R. J. ZECKHAUSER (1999), «The Anatomy of Health Insurance», Working Paper No. 7176, National Bureau of Economic Research.
- DALSTRA, J. A. et al. (2002), «Trends in socioeconomic health inequalities in the Netherlands, 1981-1999», *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 56, p. 927-934.
- DENNISS, R. (2005), «Who Benefit From Private Health Insurance in Australia?», *The Australian Institute*.
- Department of Health and Children (2001), «Quality and Fairness: A Health System for You», *Health Strategy*, Dublin, Stationery Office, Gouvernement de l'Irlande.
- DEVEREAUX, P. J. et al. (2004), «Payments for care at private for-profit and private not-for-profit hospitals: a systematic review and meta-analysis», *Journal of the Canadian Medical Association*, vol. 170, n° 12, p. 1817-1824.
- DUCKETT S. J. (2005), «Living in parallel universe in Australia: public Medicare and private hospitals», *Journal of the Canadian Medical Association*, vol. 173, p. 745-747.
- DUCKETT, S. J. et S. J. JACKSON (2000), «The new health insurance rebate: an inefficient way of assisting public hospitals», *The Medical Journal of Australia*, vol. 172, p. 439-442.
- DUPUIT, M. J. (1849), «De l'influence des péages sur l'utilité des voies de communication», *Annales des ponts et chaussées*, *Mémoires et Documents*, vol. 207, p. 170-248.
- ELOFSSON, S., A.-L. UNDÉN et I. KRAKAU, (1998), «Patient charges—A hindrance to financially and psychosocially disadvantaged groups seeking care», *Social Science & Medicine*, vol. 46, p. 1375-1380.
- EVANS, R. G. (2001), «Financing health care: Taxation and the alternatives», dans E. MOSSIALOS, A. DIXON, et J. FIGUERAS, *Financing Health Care: Options for Europe*, Buckingham, Open University Press.
- (2002a), *Interpreting and Addressing Inequalities in Health from Black to Acheson to Blair to...?*, London, Office of Health Economics.
- (2002b), *Lever les fonds: options, conséquences et objectifs pour le financement des soins de santé au Canada*, Ottawa, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Étude n° 27.
- FENINA, A. et Y. Geoffroy (2006), *Comptes nationaux de la santé, 2005 (Études et Résultats No. 505)*, Paris, DREES.

- FERRIE, J. E. *et al.* (2002). « Change in health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 56, p. 922-926.
- GERDTHAM, U.-G. (1997), « Equity in health care utilization: further evidence based on hurdle models and Swedish micro data », *Health Economics*, vol. 6, p. 303-319.
- GERDTHAM, U.-G. et P. K. TRIVEDI (2001), « Equity in Swedish health care reconsidered: New results based on the finite mixture model », *Health Economics*, vol. 10, p. 565-572.
- GLENNGARD, A. H. *et al.* (2005), *Health Systems in Transition: Sweden*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- GLIED, S. A. (2001), « Health insurance and market failure since Arrow », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 26, p. 957-965.
- GOLDMAN, D. P., G. F. JOYCE et Y. ZHENG (2007), « Prescription drug cost sharing: associations with medication and medical utilization and spending and health », *JAMA*, vol. 298, p. 61-69.
- GRILLI R., P. GUASTAROBA, et F. TARONI (2007), « Effect of hospital ownership status and payment structure on the adoption and use of drug-eluting stents for percutaneous coronary interventions », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 176, p. 185-190.
- HALL, H. (1965), *Royal Commission on Health Services: Report*, Ottawa, Queen's Printer and Controller of Stationery.
- HALL, M. A. (2001), « Arrow on trust », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 26, p. 1131-1144.
- HALL, S. E., C. D'ARCY, et H. SCHEINER (2004), « The influence of socio-economic and locational disadvantage on patterns of surgical care for lung cancer in Western Australia 1982-2001 », *Australian Health Review*, vol. 27, p. 68-79.
- HALL, S. E. *et al.* (2005), « Prostate cancer: Socio-economic, geographical and private-health insurance effects on care and survival », *BJU International*, vol. 95, p. 51-58.
- HEALY, J. *et al.* (2006), *Australia: Health System review*, Padstow, European Observatory on Health Systems and Politics.
- HILLMER, M. P. *et al.* (2005), « Nursing home profit status and quality of care: is there any evidence of an association », *Medical Care Research and Review*, vol. 62, p. 139-166.
- HOFFMAN, B. (2006), « Restraining the Health Care Consumer: the history of deductibles and co-payments in U.S. health insurance », *Social Science History*, vol. 30, p. 501-528.
- HWANG, W. *et al.* (2001), « Out-of-pocket spending for care of chronic conditions », *Health Affairs*, vol. 20, p. 267-278.
- IRVINE, C. et D. GRATZER (2002), *Medicare and user fees: unsafe at any price?* Halifax, AIMS, Health Care Reform Background Papers n° 9.
- Industry Commission (1997), *Private Health Insurance, Report No. 57*, Canberra, Australian Government Publishing Service.
- Institut de la statistique du Québec (2001), *Enquête sociale et de santé, 1998*; Niveau 1, Caractéristiques de l'individu - État de santé et de bien-être.
- LEVESQUE, A. *et al.* (2002), « Do social class differentials in health and health behaviors exist in young people (15-to-24-year-old) in Belgium? », *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique*, vol. 50, p. 371-82.
- LOWE, R. (2002), *Financing health care in Britain since 1939, History and Policy*, <www.historyandpolicy.org>.

- MADORE, O. (1993), *Le financement des soins de santé: la participation des usagers*, BP-340F, Gouvernement du Canada, Programme des services de dépôt, <<http://dsppsd.pwgsc.gc.ca>>.
- MCGRAIL, K. M. *et al.* (2007), « For profit versus not-for-profit delivery of long-term care », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 176, p. 57-58.
- MCPAKE, B., K. HANSON *et* C. ADAM (2007), « Two-tier charging strategies in public hospitals: Implications for intra-hospital resource allocation and equity of access to hospital services », *Journal of Health Economics*, vol. 26, p. 447-462.
- MONTMARQUETTE, C., V. GIROUX *et* J. CASTONGUAY (2005), *Pour un financement durable de la santé au Québec*, Montréal, Cirano, Rapport bourgogne.
- MSSS (2006), *Garantir l'accès: un défi d'équité, d'efficacité et de qualité*, Document de consultation, Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des services sociaux.
- MUSTARD, C. A. *et al.* (1998), *Paying taxes and using health care services. The distributional consequences of tax financed universal health insurance in a Canadian province*, étude présentée à la Conférence sur le niveau de vie et la qualité de vie au Canada, Centre d'étude des niveaux de vie.
- OFER, G. *et al.* (2006), « Public and private patients in Jerusalem hospitals: who operates on whom? », *Israel Medical Association Journal*, vol. 8, p. 270-276.
- O'NEIL, C. *et al.* (2003), « Quality of care in nursing homes: an analysis of relationships among profit, quality, and ownership », *Medical Care*, vol. 41, p. 1318-1330.
- O'REILLY, J. *et* M. M. WILEY (2007), *The Public/Private Mix in Irish Acute Public Hospitals: Trends and Implications*, ESRI, Working Paper No. 218.
- RAE, D. (2005), *Getting better value for money from Sweden's healthcare system (No. 443)*, Paris, OECD.
- RASELL, E., J. BERNSTEIN *et* K. TANG (1994), « The Impact of Health Care Financing on Family Budgets », *International Journal of Health Services*, vol. 24, p. 691-714.
- REGENSTREIF, D. I. (2005), *Medicare's cost crisis: solutions are within our grasp*, eHealth Affairs, W5-R90-93.
- ROSS, N. A. *et al.* (2000), « Relation between income inequality and mortality in Canada and in the United States: cross sectional assessment using census data and vital statistics », *British Medical Journal*, vol. 320, p. 898-902.
- SANDIER, S. *et al.* (2004), *Systèmes de santé en transition*, OMS *et* Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé.
- SEGAL, L. (2004), « Why it is time to review the role of private health insurance in Australia », *Australian Health Review*, vol. 27, n° 1, p. 3-15.
- SHIROM, A. (2001), « Private medical services in acute-care hospitals in Israel », *International Journal of Health Planning and Management*, vol. 16, n° 4, p. 325-345.
- SHORTEN, B. *et* A. SHORTEN (2000), « The impact of private health insurance on episiotomy rates in Australia », *Midwifery*, vol. 16, p. 204-212.
- (2004), « Impact of private health Insurance Incentives on Obstetric Outcomes in NSW Hospitals », *Australian Health Review*, vol. 27, n° 1, p. 28-38.
- SMITH, J. (2001), *How fair is health spending? The distribution of tax subsidies for health in Australia*, Discussion Paper Number 43, The Australia Institute.

- STODDART, G *et al.* (1993a) *Why Not User Charges? The Real Issues*, Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia.
- (1993b), *User Charges, Snares and Delusions: Another Look at the Literature*, Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia.
- SUBRAMANIAN, S. V., D. J. KIM *et* I. KAWACHI (2002), « Social Trust and Self-Rated Health in US Communities: a Multilevel Analysis », *Journal of Urban Health*, vol. 79, p. S21-34.
- TAILLON, G. (1998), « Le rôle de l'État et le secteur privé: Faisons plus de place au partenariat public-privé en santé », *Le Devoir*, 17 novembre, p. A9.
- TAMBLYN, R. *et al.* (2001), « Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons », *Journal of the American Medical Association*, vol. 285, p. 421-429.
- VAN DOORSLAER, E. *et al.* (2000). « Equity in the delivery of health care in Europe and in the US », *Journal of Health Economics*, vol. 19, p. 553-583.
- (2006), « Inequalities in access to medical care by income in developed countries », *CMAJ*, vol. 174, n° 2, p. 177-183.
- VENNE, M. (1994), « Quand le « ticket orienteur » remplace le « ticket modérateur » », *Le Devoir*, Lundi le 14 mars 1994, p. A3.
- WALKER, A. *et al.* (2005), « Distributional impact of recent changes in private health insurance policies », *Australian Health Review*, vol. 29, p. 167-177.
- YOUNG, J. *et al.* (2006), *The Income Distributive Implications of Recent Private Health Insurance Policies in Australia*, Melbourne Institute, The University of Melbourne.

Université de Montréal