

# Sommet de la santé

*Dr Benoit Gareau est président du Groupe Espace Santé. Il est également dentiste en cabinet privé et détenteur d'une maîtrise en administration de la santé de l'Université de Montréal dont le mémoire portait sur les réformes en santé du New Labour britannique.*

*Mme Christine Guérette est vice-présidente du Groupe Espace Santé. Mme Guérette est infirmière et coordonnatrice clinique et de recherche à la clinique Neuro Rive-Sud. Elle est détentrice d'un MBA de l'Université du Québec à Montréal.*

*GES est un organisme à but non lucratif et non partisan voué à l'amélioration des services de santé et des services sociaux. GES est imprégné de 3 orientations : 1) la coopération interprofessionnelle; 2) la modernisation du système de santé et 3) la participation du citoyen. Les avenues de solution esquissées ici s'inscrivent principalement dans ces 3 orientations.*

*Les opinions exprimées n'engagent que les signataires/auteurs.*

## **1- Quels sont les solutions que vous proposez relativement à l'organisation des services et des soins ?**

Nous abordons une avenue de solutions dans le présent document

### **1.1 La poursuite de la réorganisation des soins de première ligne**

Un système de soins de première ligne efficace est la première stratégie d'organisation à privilégier. Les derniers chiffres de Statistiques Canada sur le manque de suivi des citoyens auprès de médecins de famille et les données du Ministère de la santé sur l'engorgement perpétuel des urgences dans les hôpitaux sont révélateurs d'un manque de coordination et de cohérence dans l'organisation des soins de santé. Par ailleurs, les ressources en soins primaires semblent insuffisantes et encore peu intégrées au reste du réseau.

Un suivi préventif et curatif auprès d'acteurs de soins primaires est un pré-requis pour des services de santé coordonnés et continus lors d'épisode de maladie. En Grande Bretagne par exemple, les groupes de soins primaires, Primary Care Trust, contrôlent 75% du budget de la santé. Ces sommes permettent de suivre le patient lors d'épisode de maladie.

En réglant cette problématique, il y a fort à croire que les urgences seront grandement aidées dans leurs efforts d'offrir des soins de qualité. La pression du nombre de patients devrait être mieux répartie entre différentes structures de soins primaires.

Pour pallier à des problématiques similaires, plusieurs pays ont opté pour un regroupement de médecins de famille et la constitution de réseau de groupe de soins primaires. Les médecins sont encouragés à travailler en nombre suffisants avec des infirmières et d'autres intervenants communautaires. Des plateaux techniques sont disponibles pour qu'il y ait

diagnostic rapidement. Les cliniques sont informatisées et mises en réseau avec d'autres ressources médicales et communautaires. De plus, les pratiques cliniques sont disponibles 7 jours sur 7, 24 heures sur 24.

La Commission Clair avait fait le même constat en 2001. Il était proposé de créer un véritable réseau de groupe de soins primaires, les Groupes de Médecine Familiale (GMF). Le Premier ministre de l'époque avait même annoncé la création de 300 GMF pour la seule première année d'entrée en fonction de ces nouvelles structures. Aujourd'hui, en 2007, le Ministère compte 118 GMF.

D'autres facteurs nuisibles sont également à prendre en considération tel que le nombre de jeunes médecins qui se dirigent vers la médecine familiale. Les jeunes médecins sont la relève. Ils ont l'énergie et les idées pour bâtir des cliniques de santé informatisées et en réseau. Il faut réduire les barrières organisationnelles qui repoussent ces derniers à choisir la médecine familiale et les inciter à la productivité en adaptant leur mode de rémunération en conséquence. Par exemple, les jeunes médecins qui choisissent de travailler en GMF pourraient être exemptés de faire des activités médicales particulières (AMP).

Une véritable politique de soins primaires doit être adoptée où des gestionnaires, des médecins, des infirmières et des citoyens sont mis à contribution pour la création d'un réseau de groupe de soins primaires. Une vision qui émerge de la base, mais guidé par une vision claire du Ministère. Il faut continuer à encourager les médecins de famille à s'unir de façon concertée. On pourrait également appuyer les citoyens et les communautés qui décident de créer des coopératives cliniques de santé. M. Claude Béland, ancien Président-directeur du Mouvement Desjardins lors d'une activité Espace Santé relatait une rencontre avec M. Lucien Bouchard, ex Premier Ministre du Québec. M. Claude Béland avait proposé de mettre à contribution le Mouvement Desjardins dans la mise sur pied d'un réseau de Coopératives de santé. Une contribution semblable dans la création d'un réseau Coop-GMF serait également une solution à envisager.

Cette réorganisation des soins de première ligne implique entre autres:

La poursuite de l'implantation de GMF à la lumière des travaux d'évaluation en cours notamment ceux menés par le MSSS;

La recherche d'innovation dans l'organisation des services. Sur ce point, les coopératives de santé, qui comprennent un partenariat avec les citoyens, apparaissent comme une innovation intéressante;

Des efforts particuliers à poursuivre en milieu urbain notamment à Montréal où les GMF sont peu nombreux en regard de la population;

La disponibilité de plateaux techniques pour les médecins de famille;

L'informatisation des cliniques médicales et leurs mises en réseau avec les établissements du réseau ;

L'adaptation des modes de rémunération pour les médecins en cliniques en lien avec les objectifs poursuivis (par ex. en valorisant la clientèle vulnérable n'ayant pas de médecin de

famille);

Un plus grand apport des infirmières praticiennes dans l'organisation des soins primaires ;  
Des initiatives additionnelles en promotion de la santé et en prévention de la maladie au sein des organisations de première ligne.

## **2- Quelles sont les solutions que vous proposez relativement à l'administration du système de santé ?**

Les propositions suggérées quant à l'administration du système de la santé sont les suivantes :

Accentuer l'emploi des ressources informationnelles et la production de données utiles dont celles provenant de l'analyse des trajectoires des clients dans le réseau de la santé et des services sociaux. Une meilleure connaissance des caractéristiques des différentes clientèles favoriserait une adaptation plus grande du système de soins à leurs besoins.

Favoriser la participation des citoyens dans l'administration et l'organisation des services de santé. Plusieurs modalités sont à envisager dont :

produire de l'information succincte quant à la performance du système de santé et des services sociaux. Par exemple, réaliser un court rapport annuel sur les réalisations, les indicateurs de résultats retenus et les défis/enjeux importants pour l'ensemble des services (par ex. première ligne, services spécialisés) qui pourrait accompagner le rapport de gestion produit depuis quelques années.

Favoriser l'implication des citoyens dans l'organisation des services entre autres au moyen des coopératives de santé et des organismes communautaires

Tenir des forums régionaux.

Étudier la possibilité de créer une agence nationale responsable de l'organisation et du financement de la santé telle que proposée lors des travaux de la commission Clair.

### **Agence nationale responsable de l'organisation et du financement de la santé**

Le réseau de la santé subit des pressions énormes avec le vieillissement de la population, le développement des nouvelles technologies et l'apport des nouvelles connaissances. Pour s'adapter à une demande de soins de santé en constant changement, une recommandation serait la création d'une agence nationale responsable de l'organisation et du financement de la santé, une Agence de Modernisation. Cette agence se verrait déléguer le volet planification stratégique du Ministère de la santé. Le Ministère de la santé devant s'acquitter de tâches liées à sa mission nationale. L'agence aurait également à mettre sur pied un programme de développement du leadership à l'intention des acteurs du système de santé. Déjà en 2001, la Commission Clair recommandait la création d'une telle agence.

Les rôles de l'Agence de Modernisation pourraient inclure de faire la planification stratégique des organisations de santé en collaboration avec les agences régionales; de faire rapport auprès du Ministère de la santé; de voir à l'organisation et au financement des établissements de santé; de développer une vision et une cohérence dans le réseau de la santé; de promouvoir des valeurs communes; de développer et maintenir l'amélioration continue de la qualité des soins et la performance organisationnelle grâce à un programme de développement du leadership; de développer un système d'autonomie méritée et un fonds de performance.

La Commission Clair mentionnait que cette agence nationale devait devenir une organisation légère, très opérationnelle et orientée vers des résultats, pleinement imputable mais disposant de moyens, de l'autorité légale et morale suffisante pour implanter concrètement une culture d'excellence et de performance dans l'organisation et le fonctionnement des services. Le fonctionnement des agences est souvent caractérisé par la flexibilité, le pragmatisme et l'efficacité dans l'organisation. Les agences se rapportent à leur Conseil d'administration et non au Conseil du trésor comme les autres ministères. Cette façon de faire peut donner plus de latitude dans l'élaboration des politiques. Elles peuvent par exemple offrir des conditions de travail et d'employabilité plus flexibles qui répondent aux besoins de l'organisation. Le fonctionnement des ministères est particulier puisqu'il doit y avoir harmonisation des politiques avec chaque ministère ce qui peut parfois compliquer le développement et l'implantation des processus et des prises de décisions. Dans ce modèle d'organisation, l'Agence de Modernisation aurait une direction autonome et un Conseil d'administration à qui elle serait redevable. Elle aurait à démontrer son efficacité dans l'organisation et le financement des établissements de santé.

Le défi de cette Agence de Modernisation serait de créer des équipes de gens compétents, d'être capable de développer et de communiquer une vision globale, de voir à la performance du système et d'être en mesure de résoudre les différents par le dialogue et l'entente. Une meilleure coopération entre les organisations et le développement d'une agence qui développe une approche collaborative où le développement de compétences et de leadership efficace est favorisé, pourrait permettre aux organisations du système de santé d'améliorer leur pratique clinique et la gestion des organisations.

Il faut moderniser les systèmes de santé en tenant compte de la complexité des organisations. Pour ce faire, nous devons privilégier le développement de compétences et de leadership auprès des différents acteurs du milieu de la santé. Avec une plus grande responsabilisation des acteurs de la santé aux défis du milieu de la santé, il y a une conscientisation à développer les meilleures pratiques cliniques et de gestion qui vont permettre d'adapter continuellement les organisations à un monde en changement. Les organisations sont des entités complexes et ce n'est qu'en comprenant les enjeux qui les confrontent que l'on peut diffuser les bonnes façons de faire essentielles à la réussite du changement.

### **3- Quelles sont les solutions que vous proposez relativement au financement du système de santé ?**

Nous proposons 2 solutions.

#### **3.1 Préserver le financement public pour les services de santé et les services sociaux**

En effet, la littérature suggère que l'ajout d'assurances privées en santé ne constitue pas une solution efficace, efficiente et équitable aux problèmes vécus. Ainsi, les assurances privées augmentent les coûts totaux en santé, entre autres à cause d'une administration plus lourde et des charges sociales des entreprises, et ne règlent pas les problèmes d'attente et de délais pour recevoir des services. Sur ce point, un texte rédigé par des membres du Groupe Espace Santé sur les assurances privées en santé est également inclus pour les délibérations. Ce texte est paru dans la revue l'Actualité médicale en juin 2006.

#### **3.2 La mise en place d'un système d'autonomie méritée liée à un fonds pour la performance pourrait servir d'incitatif économique**

Pour encourager les organisations à atteindre ou maintenir des objectifs de performance organisationnelle, un système d'autonomie méritée liée à un fonds pour la performance pourrait servir d'incitatif. Ce fonds serait alloué à toutes les organisations offrant des services de santé et il serait établi en proportion des dépenses encourues par ces mêmes organisations. En Grande Bretagne, de 30 à 40% du salaire est lié à des indicateurs de performance. Le fonds de performance pourrait être lié à la performance selon l'atteinte d'objectifs et des indicateurs précis de qualité et de performance. Ainsi, ces sommes d'argent iraient à l'équipe pour les bonnes pratiques selon des schèmes de distribution établis. Les organisations qui performant bien seraient libres d'utiliser les fonds comme bon leur semble en autant qu'ils servent à améliorer les services au patient. L'utilisation des fonds pourrait par exemple être utilisée comme salaire à des individus, à des équipes de travail, pour l'achat de nouveaux équipements, pour le développement de personnel et pour l'amélioration des lieux physiques. Les organisations qui performant moins bien seraient quant à elles prises en charge par l'Agence de Modernisation et les fonds seraient dirigés selon les directives de l'agence. Ce système d'autonomie méritée pourrait servir d'incitatifs aux organisations performantes pour avoir moins de surveillance du central et une plus grande liberté à investir les fonds selon les priorités du gestionnaire.

Une organisation qui répond aux exigences et qui offre un accès raisonnable à des services de qualité pour ces citoyens, serait classée performante ce qui justifierait la dévolution de pouvoirs et de fonds supplémentaires. Toutefois, une organisation qui échoue à ces règles ou qui n'offre tout simplement pas un accès raisonnable à des services de qualité serait alors notée non performante. Les organisations non performantes seraient alors engagées dans un processus de formation et de partenariat afin de devenir ou revenir à la

performance. Pour ce faire, une Agence de Modernisation offrirait des services de développement de compétences et de leadership. L'Agence de Modernisation chercherait à améliorer la gestion et la prestation des services en permettant d'apprendre des meilleures pratiques et des meilleurs résultats des organisations qui performant bien. Ce système de mentorat lié à un fonds pour la performance pourrait servir d'incitatif et d'apprentissage pour atteindre la performance. Le fonds de performance aurait pour objectif d'encourager l'amélioration de la qualité des services et la performance organisationnelle par la prise en charge et l'aide aux organisations non performantes et de reconnaître l'excellence chez celles qui performant bien.

## **Des assurances privées en santé pour le droit à la santé..., mais pour qui et à quel prix ?**

*« If a free society cannot help the many who are poor, it cannot save the few who are rich »*

John Fitzgerald Kennedy

Par Benoit Gareau, Louis Aucoin, Linda Cazale, François-Pierre Gladu, Stéphane Grenier, Christine Guérette, Valérie Martin et Johanne Rioux <sup>1</sup>

Les gouvernements de plusieurs pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) sont confrontés à des problèmes majeurs quant à l'organisation et au financement des services de santé. Ainsi, les coûts en santé sont en constante progression dans tous ces pays à cause notamment des nouvelles technologies, des nouvelles connaissances et du vieillissement de la population. De plus, des problèmes au niveau de la qualité des soins offerts aux patients font couramment manchette dans les quotidiens.

Pour résoudre les nombreux problèmes qui confrontent ces systèmes de santé, plusieurs gouvernements des pays membres de l'OCDE sont tentés par les assurances privées en santé (APS). La question à savoir si les APS devraient couvrir des soins et des services actuellement non couverts et, le cas échéant, sous quelles modalités est cependant des plus controversée. Les débats sur le rôle des APS sont souvent obscurcis par de fortes croyances tant chez les opposants que chez les protagonistes.

Pour certains, les APS favorisent une complémentarité intéressante entre les secteurs privé et public : entre autres en constituant une source alternative de financement, en augmentant l'offre de soins et en renforçant la responsabilité individuelle des citoyens face à leur état de

santé. Certains avancent que le secteur privé a les habiletés pour trouver des réponses plus efficaces et adaptées ce qui permettrait aux gouvernements de couper les dépenses du secteur public. La compétition entre des assureurs contribuerait également à améliorer les services et l'efficacité en minimisant les coûts, en offrant plus de soins de qualité tout en favorisant une diminution des délais d'attente. Les assureurs seraient plus dynamiques, plus innovateurs et plus sensibles aux préférences des consommateurs. Pour eux, les systèmes publics sont caractérisés par la bureaucratie, la lenteur et la rigidité. Les APS peuvent jouer une variété de rôles allant d'une couverture principale pour des groupes particuliers de la population à des rôles de support aux systèmes publics.

Toutefois, le caractère optimal de cette complémentarité est loin d'être certain; en effet, les APS sont des mécanismes complexes de financement qui affectent les systèmes publics. Les critiques des APS argumentent que la capacité des APS à offrir des soins de façon équitable et à gérer les dépenses en santé de façon efficace n'a toujours pas été démontrée. De plus, la mise en place d'un réseau parallèle peut soutirer des ressources humaines qui oeuvrent à l'offre des services de santé dans le système public. Les incitatifs qui encouragent les assureurs à être plus rapides à répondre aux besoins des consommateurs pourraient également les mener à recruter les individus plus en santé et ainsi à délaissier au système de santé public ceux qui sont plus malades et qui, de là, coûtent plus chers.

Dans le cadre des suites de l'affaire Chaoulli, il importe de bien regarder les avantages et les inconvénients liés à l'introduction des APS pour bien en comprendre les conséquences et les impacts sur les systèmes de santé publics. Dans le présent texte, nous attarderons à la tâche de revoir des études de l'OCDE à ce sujet et à en tirer des enseignements pour le Québec. L'analyse des APS dans les pays de l'OCDE révèle cependant une grande hétérogénéité. Nous brossons ici à grands traits quelques éléments qui nous apparaissent particulièrement importants à considérer notamment l'importance et les types d'APS, la qualité des soins et l'efficacité des APS de même que l'expérience américaine.

## **1- L'importance et les types d'APS**

Bien que l'importance des APS varient significativement entre les pays de l'OCDE, elle représente en moyenne 6,3% des dépenses totale de santé (Tapay et Colombo, 2004). Aux États Unis, les APS représentaient 35% des dépenses totales de santé. En France, en Allemagne, en Hollande, en Suisse et au Canada, les APS se situent entre 10 et 15% des dépenses totales de santé. En Australie, en Irlande, en Espagne, en Nouvelle Zélande et en Autriche, la proportion des APS se situe entre 4 et 10%. Pour les autres pays de l'OCDE, la contribution aux APS représente moins de 4% des dépenses totales de santé (Tapay et Colombo, 2004).

Il y a une panoplie de types d'assurance. Brièvement, les APS sont divisées en différents types : primaire, duplicative, complémentaire ou supplémentaire. Les APS de **type primaire** se retrouvent dans les pays, tels les États-Unis, où il n'y a pas de couverture

universelle de soins de santé. Ces APS ont pour fonction de couvrir les soins des personnes qui n'ont pas accès à une couverture publique.

Les APS peuvent être de **type duplicatif**. Ces APS offrent une alternative à la couverture publique en fournissant aux assurés un accès à des fournisseurs privés. Les APS duplicatives couvrent les soins médicaux de personnes qui veulent se faire traiter dans le secteur privé, mais qui ont accès à un régime public de santé. On retrouve ce type d'assurance en Australie, en Irlande, en Grande Bretagne et en Espagne. Les APS duplicatives peuvent représenter une option pour les décideurs qui veulent rationaliser les dépenses publiques en santé et ce, en transférant des coûts aux individus prêts à payer. Les assurances duplicatives peuvent toutefois engendrer des différences de couverture et d'accès aux soins. De plus, selon Tapay et Colombo (2004), elles ne réduisent pas de façon significative les dépenses publiques de santé.

En France, les APS sont de **type complémentaire**. Celles-ci couvrent essentiellement la part à la charge de l'assuré de la couverture publique. Les APS complètent le remboursement du système de Sécurité Sociale. Des mutuelles, qui sont des arrangements privés à but non lucratif, offrent la majorité des contrats complémentaires d'assurances privées. Enfin, les APS peuvent aussi être de **type supplémentaire**. Celles-ci couvrent les services non assurés par le régime public tels les interventions à faible risque et des services supplémentaires tels les soins dentaires, les soins ophtalmologiques, les médicaments et des facilités d'hébergement. On retrouve ces assurances dans la plupart des pays de l'OCDE comme en Australie, en Suisse, en Hollande, en Allemagne et au Canada. Les APS supplémentaires peuvent réduire les dépenses publiques, toutefois ces assurances n'offrent pas de couverture universelle.

## 2- Les coûts des APS

Plusieurs pays de l'OCDE encouragent le développement d'APS afin de transférer des coûts du secteur public au secteur privé. Dans certains pays, ceci reflète un objectif politique de détourner la demande et les coûts des hôpitaux publics à des hôpitaux financés par le privé (Tapay et Colombo, 2004). Dans les pays où les APS ont été introduites de façon systématique, cela s'est traduit par une hausse des dépenses publiques et des dépenses totales, et ce puisque les prix dans le secteur privé sont plus élevés et qu'il y a eu augmentation de la demande (Tapay et Colombo, 2004). D'ailleurs, les pays avec des marchés d'assurances privées plus importants ont tendance à avoir des niveaux de dépenses en santé per capita également plus élevées; c'est le cas entre autres aux États-Unis, en Suisse, en Allemagne et en France.

La hausse des dépenses totales de santé démontre que les APS créent une forte pression sur l'ensemble des dépenses encourues par les populations. Les assureurs privés n'ont pas le même pouvoir de négociation ni recours aux mêmes modalités que les systèmes publics afin d'agir sur les prix et la quantité de soins. Les systèmes publics ont d'ailleurs des

moyens efficaces de contrôle des dépenses tel le budget global. En principe, les APS peuvent transférer les coûts du secteur public, mais l'évidence démontre que ce transfert ne se produit que rarement. Les hôpitaux privés se concentrent sur les risques mineurs tandis que les soins plus complexes et plus dispendieux demeurent avec le système public (Tapay et Colombo, 2004).

### **3- La qualité des soins et l'efficience des APS**

Traditionnellement, la responsabilité d'atteindre les objectifs de qualité des soins reposait sur les épaules de la profession médicale et des organismes professionnels de régulation. Mais la qualité des soins est devenue une priorité des décideurs confrontés à des problématiques tels les événements indésirables et les coûts élevés. Cependant et bien que certaines personnes pensent que les assureurs privés donnent accès à des soins de qualité et qu'ils utilisent des instruments d'évaluation, la réalité est toute autre. Il y a un manque d'incitatifs pour récompenser la qualité des soins et surtout un manque d'informations adéquates (Tapay et Colombo, 2004).

Les assureurs n'ont pas fait d'effort particulier pour améliorer la qualité à cause des ressources qu'ils auraient eu à investir dans de telles initiatives. Les assureurs ont plutôt cherché des moyens pour réduire les services non nécessaires et pour promouvoir les soins préventifs. Les activités ont surtout porté sur la sélection des fournisseurs, les pré-approbations des traitements et l'implantation de programmes de gestion des cas. Pour Tapay et Colombo (2004), les assureurs privés ne sont peut être pas les meilleurs agents pour améliorer la qualité des soins.

### **4- Les choix aux consommateurs et l'accès aux APS**

Au niveau des avantages, les APS permettent l'ajout de choix pour les consommateurs notamment une gamme d'arrangements pour partager les coûts et pour couvrir des services plus dispendieux.. En l'absence de marchés d'assurances, les individus ne peuvent s'assurer contre des coûts de santé non couverts par le public. Au niveau des arrangements, les individus à faible risque peuvent être attirés par des produits à coûts partagés et par une couverture incluant des bénéfices moins grands, tandis que les personnes à haut risque vont plutôt chercher à minimiser les déductions et les co-paiements. Ainsi, les assureurs privés ont développé des primes qui correspondent aux attentes des individus.

Lorsque les APS permettent l'injection de ressources supplémentaires dans les systèmes de santé, elles contribuent alors à l'expansion des capacités et des services. De là, elles peuvent dans certains cas contribuer à diminuer les listes d'attente. Dans quelques pays, dont l'Irlande et l'Australie, il existe un lien entre la présence d'APS et les délais d'attente pour des opérations chirurgicales non urgentes, tandis qu'en Grande Bretagne, il est difficile d'attribuer aux APS la diminution des files d'attentes. Toutefois, cette diminution de l'attente n'est pas automatique puisque dans certains pays, on observe une augmentation de

la demande de soins. Les hôpitaux privés ont toutefois une capacité limitée et ils offrent surtout des soins électifs ou non urgents (Tapay et Colombo, 2004).

Il importe de noter que les pays qui ont un faible temps d'attente pour des chirurgies électives comme aux États Unis, en France, en Suisse et au Japon, la couverture publique ou privée n'est pas l'enjeu central. En fait, d'autres modalités viennent influencer sur les temps d'attente : par exemple, on y remarque un financement où l'argent suit le patient et où il y a moins de contraintes comme des plafonds salariaux (Hurst et Siciliani, 2003). Les modalités liées à l'exercice de la pratique privée constituent aussi un enjeu important, par exemple lorsque les médecins opèrent à la fois dans des hôpitaux public et privé. Le paiement plus élevé des médecins dans le secteur privé peut modifier l'élasticité de l'offre médicale; ce qui peut engendrer une réduction de la quantité du temps alloué au secteur public (Tapay et Colombo, 2004).

Mais qui a accès aux APS ? Les individus à revenu plus élevé et ayant des risques peu élevés sont plus sujets à s'en procurer. Dans les pays à couverture publique universelle, les personnes à revenu élevé ont plus de chance de s'être procurés des APS et ce d'autant plus que les primes augmentent rapidement (Colombo et Tapay, 2003). Les non assurés aux États Unis sont concentrés dans les couches les plus pauvres et chez les travailleurs ayant un faible revenu (Tapay et Colombo, 2004).

## **5- L'expérience américaine**

L'expérience de nos voisins est révélatrice des tendances profondes qui touchent le milieu des APS. Les États Unis sont au prises avec une crise qui pourrait remettre en question tout le système des APS tel que l'illustre les points de vue d'un assureur privé américain, la Blue Shield, et d'une fondation privée sans but lucratif, la Kaiser.

Le premier point de vue est celui d'Erik Book (2005), officier médical en chef de Blue Shield, une compagnie d'assurance de Californie. Ce dernier écrivait dans une édition récente du *Health Affairs* que les nouvelles technologies allaient faire grimper les primes pour obtenir des APS à des niveaux très élevés à court terme. Les nouveaux tests diagnostics, les nouveaux traitements et les nouveaux médicaments font augmenter les coûts des APS à des niveaux démesurés. Par exemple, les coûts d'imagerie de la Blue Shields ont augmenté de 20% de 2003 à 2004 et cette dépense ne représente qu'une portion de l'impact des dépenses puisqu'il y a une plus grande utilisation des traitements également sophistiqués et coûteux.

Pour la Blue Shield, la période de 2000 à 2004 a été marquée par une augmentation des primes pour les couvertures des APS offertes par les employeurs de plus de 50% et ce, malgré une coassurance établie aux alentours de 40% et un déductible maximum de \$7500. Ceci pousse les compagnies d'assurance à revoir leurs plans d'assurances et à offrir une variété de plans aux consommateurs. Par exemple, certains vont préférer choisir des plans à

faible prime et à déductible plus élevé, quitte à être moins couverts pour certains risques.

Gabel et collaborateurs (2005) arrivent à des conclusions semblables : ainsi la croissance des primes d'assurance a varié de 9 à 13% par an de 2000 à 2005. Les primes ont supplanté l'inflation de 6% et les augmentations de salaires des travailleurs de 6%. Pour le Kaiser Foundation, les primes ont augmenté de 73% depuis 2000. Point important à signaler, ces hausses de primes ont peu variées selon les types de plan et l'augmentation moyenne a été évaluée à 12,4% par année (Gabel et al., 2005).

Si on analyse plus en détail le coût des APS aux États Unis, le coût mensuel moyen de la couverture d'un individu et d'une famille, incluant la contribution de l'employeur et de l'employé, est respectivement de \$335 et de \$907. Une couverture individuelle coûte \$4 024 et pour une famille \$10 880 par année. En moyenne, la contribution des employés est de \$51 par mois pour une couverture individuelle et \$226 pour une famille, le reste étant défrayé par les employeurs. Avec ces dépenses très élevées, les plus petites entreprises ont tendance à ne pas offrir de couverture médicale à leurs employés. Cette situation explique l'érosion constante du pourcentage d'entreprises qui offrent des bénéfices de santé. Ainsi, l'augmentation des primes supplante l'augmentation générale des prix et la croissance de l'économie (Gabel et al., 2005).

Une situation préoccupante se dessine à l'horizon. Aux États-Unis, la productivité et les salaires croissent à des niveaux inférieurs aux coûts en santé ; cela pousse les employeurs à délaissier ou à refiler une plus grande part du coût des primes aux employés (Reinhardt et al., 2004; Heffler et al., 2004). Ainsi, un travailleur qui gagne entre \$35 000 et \$40 000 et qui contribue à hauteur de \$4 000 pour une assurance privée pourrait se voir refiler une facture oscillant autour de \$8 800 pour la même assurance si son employeur cessait d'y contribuer. À terme, plusieurs entreprises pourraient arrêter d'offrir des APS (Reinhardt et al., 2004). Dans ce contexte, on peut facilement imaginer les primes que les personnes à risques auront à déboursier pour être assurées. Qui plus est, 40 millions d'Américains sont actuellement sans assurance et ce nombre devrait aller en augmentant dans les prochaines années.

## **Conclusion**

À notre avis, les APS n'ont pas démontré leur complémentarité avec les objectifs poursuivis dans le système de soins québécois depuis de nombreuses années : par exemple, qu'elles peuvent contribuer de façon optimale à contrôler les dépenses en santé, à améliorer la qualité des soins et l'accès aux soins ainsi qu'à diminuer les délais d'attente pour l'ensemble de la population. Malgré un éventail accru de choix pour les personnes qui décident de s'assurer, les APS semblent instituer voire renforcer une distinction entre les personnes en regard du statut socioéconomique face à la maladie.

Introduire des assurances privées, comme le gouvernement Charest (MSSS, 2006)

s'apprête à le faire n'est pas un problème en soi. Ce qui nous apparaît plus problématique, c'est d'exacerber les inégalités socioéconomiques et de s'attaquer aux prémisses même du vivre ensemble, de la citoyenneté et des principes qui ont structuré l'évolution de notre système de soins notamment l'accessibilité universelle en fonction des besoins et non de la capacité de payer et/ou de la réussite économique des individus. Les assureurs n'ont pas à s'occuper d'augmenter l'équité ou la solidarité entre les citoyens puisque ces préoccupations relèvent de l'État; l'objectif premier des assureurs privés est d'offrir des produits attrayants pour les consommateurs, de réaliser des profits et de fructifier l'avoir des actionnaires.

Bien que les APS peuvent théoriquement permettre au gouvernement de transférer des dépenses de santé au secteur privé, l'expérience dans des pays de l'OCDE n'est pas des plus concluantes. Il y a aussi un risque de transférer des ressources essentielles du système public vers le secteur privé. Cela serait dramatique au Québec puisque nous vivons déjà une pénurie de ressources humaines dans certains secteurs.

Ce que nous disons, c'est que nous avons un système de santé qui offre des avantages indéniables. Il n'est cependant pas parfait; il faut donc poursuivre les réformes, l'améliorer continuellement afin de l'adapter plus rapidement aux besoins de la population et l'évaluer davantage. Il faut réaliser les réformes en préservant ce qu'il y a de plus central à notre système de santé, soit un accès universel, peu importe le statut socioéconomique de la personne.

*« The longer you look backwards, the farther you can see forward »*

Cette phrase « Regarder en arrière pour mieux voir devant », est la traduction d'une citation d'un illustre personnage, Sir Winston Spencer Churchill, ancien Premier ministre de Grande Bretagne. Celle-ci oblige à réfléchir aux conséquences et aux choix à considérer pour améliorer notre système de santé. Elle nous renvoie à ce que nous voulons léguer comme héritage à nos enfants. Mais avant tout « Regarder en arrière pour mieux voir devant », c'est poursuivre et réussir la modernisation de notre système public de santé pour le bien-être de tous.

## **Bibliographie**

- Book, E.L. (2005). «Health insurance trends are contributing to growing health inequality». *Health Affairs*, 6 december, 577-579.
- Colombo, F., Tapay, N. (2003). *Private health insurance in Australia : A case study. OECD Health Working Papers*, no. 8, OCDE, Paris.
- Gabel, J., Claxton, G., Gil, I., Pickreign, J., Whitmore, H., FINDER, B., Hawkins, S., Rowland, D. (2005). «Health benefits in 2005 : Premium increases slow down, coverage continues to erode». *Health Affairs*, Sept-Oct, 24(5) : 1273-1280.
- Heffler, S., Smith, S., Keehan, S., Clemens, M.K., Zezza, M., Truffer, C. (2004). «Health

spending projections through 2013». *Health Affairs*, 11 février, 79-93.

Hurst, J. Siciliani, L. (2003). *Tackling excessive waiting times for elective surgery : A comparison of policies in twelve OECD countries. OECD Health Working Papers*, no. 6, OCDE, Paris.

Jones, A.M., Koolman, X., Van Doorslaer, E. (2002). *The impact of private health insurance on specialist visits: analysis of the European community household panel. Working paper*, no. 9, Ecuity II Project.

MSSS (2006). *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité ; document de consultation*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Reinhardt, U.E., Hussey, P.S., Anderson, G.F. (2004). «U.S. health care spending in an international context». *Health Affairs*, 23(3) : 10-25.

Siciliani, L., Hurst, J. (2003). *Explaining waiting times variations for elective surgery across OECD countries. OECD Health Working Papers*, no. 7, OCDE, Paris.

Tapay, N, Colombo, F. (2004). «Private health insurance in OECD countries : The benefits and costs to individuals and health systems». Dans: *Towards high-performing health systems: Policy studies*. OCDE, Paris.

‡ **Les vues exprimées sont celles de membres du Groupe Espace Santé. Les opinions exprimées n'engagent que les signataires/auteurs.**

**Louis Aucoin**, M.A.P., Conseiller principal en stratégie;

**Linda Cazale**, Ph.D. (Santé publique), Chercheuse post-doctorale à l'Hôpital Charles-LeMoine ; Faculté de médecine, Université de Sherbrooke;

**Benoit Gareau**, Dentiste en cabinet privé, Étudiant à la M.Sc. en Administration de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal;

**François-Pierre Gladu**, MD, CMFC, Médecin de famille, Enseignant clinique à l'Université de Montréal, Président de l'Association des jeunes médecins du Québec;

**Stéphane Grenier**, M.A., Travailleur social, Candidat au Ph.D. en sciences humaines appliquées, Faculté des études supérieures, Université de Montréal, professeur régulier en travail social, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue;

**Christine Guérette**, B. Sc., MBA, Coordinatrice clinique et de recherche;

**Valérie Martin**, M.Sc., CHU Sainte-Justine, Évaluation des technologies de la santé ;

**Johanne Rioux**, MD, Médecin-Psychiatre et professeure d'enseignement clinique, Hôpital Charles-Lemoyne

Gareau, B, Aucoin, L, Cazale, L, Gladu, F-P, Grenier, S, Guérette, C, Martin, V & Rioux, J (2006). «Des assurances privées en santé pour le droit à la santé ..., mais pour qui et à quel prix?», *l'Actualité médicale*, Vol. 27, no 20 (2 juin), pages 18, 20, 22.

