

LES CAHIERS DE
RECHERCHE

MARS 2014

POUR UN SYSTÈME DE SANTÉ UNIVERSEL ET EFFICACE

SIX PROPOSITIONS DE RÉFORME

PAR YANICK LABRIE

Chercheur associé, Institut économique de Montréal





910, rue Peel, bureau 600
Montréal (Québec)
H3C 2H8, Canada

Téléphone: 514-273-0969
Télécopieur: 514-273-2581
Site Web: www.iedm.org

L'Institut économique de Montréal (IEDM) est un organisme de recherche et d'éducation indépendant, non partisan et sans but lucratif. Par ses études et ses conférences, l'IEDM alimente les débats sur les politiques publiques au Québec et au Canada en proposant des réformes créatrices de richesse et fondées sur des mécanismes de marché. Fruit de l'initiative commune d'entrepreneurs, d'universitaires et d'économistes, l'IEDM n'accepte aucun financement gouvernemental.

Les opinions émises dans cette publication ne représentent pas nécessairement celles de l'IEDM ou des membres de son conseil d'administration. La présente publication n'implique aucunement que l'IEDM ou des membres de son conseil d'administration souhaitent l'adoption ou le rejet d'un projet de loi, quel qu'il soit.

Reproduction autorisée à des fins éducatives et non commerciales à condition de mentionner la source.

©2014 Institut économique de Montréal

ISBN 978-2-922687-48-4

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2014

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

Imprimé au Canada

Yanick Labrie

Pour un système de santé universel et efficace

Six propositions de réforme

Institut économique de Montréal

•

Mars 2014

Table des matières

Résumé	5
Introduction	7
Chapitre 1 - Favoriser la liberté de choix des patients et la concurrence entre les prestataires de soins	13
Chapitre 2 - Favoriser l'émergence d'un véritable marché de l'hospitalisation privée	19
Chapitre 3 - Accroître le financement de la santé par l'entremise de l'assurance maladie privée duplicative	27
Chapitre 4 - Permettre la pratique mixte pour accroître l'offre de médecins spécialistes	33
Chapitre 5 - Financer les hôpitaux en fonction des services rendus	39
Chapitre 6 - Rendre obligatoire la publication d'indicateurs de performance des hôpitaux	45
Conclusion	51
À propos de l'auteur	53

Résumé

Le régime public de santé au Québec coûte de plus en plus cher aux contribuables. Depuis le début des années 1980, les dépenses en santé croissent plus vite que l'économie. Après prise en compte de l'inflation, les dépenses publiques de santé par habitant au Québec ont crû de plus de 90 % en 30 ans et atteignent tout près de 4000 \$ en 2013.

Les files d'attente semblent maintenant constituer une caractéristique structurelle du système. Le temps d'attente médian entre la visite chez le médecin généraliste et le traitement par le spécialiste a plus que doublé ces vingt dernières années, passant de 7,3 semaines en 1993 à 17,8 semaines en 2013. Selon les enquêtes du Commonwealth Fund, le Québec arrive bon dernier depuis plusieurs années dans les classements internationaux regroupant une douzaine de pays développés en ce qui concerne les temps d'attente à l'urgence et pour voir un médecin.

Ces difficultés d'accès sont envenimées par l'incapacité d'une importante frange de la population à se trouver un médecin de famille. En 2012, encore près de 25 % de la population québécoise n'avait pas de médecin régulier. Plusieurs patients sont par conséquent contraints de se présenter aux urgences pour des problèmes de santé qui auraient pu être traités plus efficacement et de façon moins coûteuse dans un cabinet de médecin.

Depuis le début des années 2000, plusieurs groupes de travail et commissions ont proposé des réformes visant, entre autres, à faire plus de place au secteur privé et à la concurrence dans le système de santé québécois. Malgré ces recommandations, force est de constater que les patients disposent toujours de très peu



d'options en matière de services de santé. La fourniture des soins jugés « essentiels » demeure encore largement monopolisée par le secteur public. Le rôle de l'assurance maladie privée est pour sa part limité à la seule couverture des services non assurés par le régime public.

Aucun pays développé de l'OCDE n'impose autant de restrictions à ces citoyens dans le domaine de la santé. En fait, l'existence d'un système de santé mixte public-privé est la norme dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE. On s'aperçoit que les pays qui font une grande place au secteur privé à but lucratif dans la fourniture des soins et qui favorisent la concurrence entre les différents prestataires parviennent généralement à atteindre de meilleurs résultats que le Québec et le reste du Canada en matière d'accessibilité et de qualité des services.

Il y a des leçons particulièrement importantes à tirer des expériences de l'Allemagne, de l'Angleterre, du Danemark, de la France et de l'Italie, tous des pays dont les systèmes de santé reposent sur le principe de l'universalité des soins.

Dans cette publication, l'IEDM propose six idées concrètes pour réformer le système de santé au Québec qui s'inspirent de l'expérience de ces pays. Ces propositions de réforme, toutes inter-reliées, seraient susceptibles d'améliorer sensiblement l'accès et la qualité des soins offerts aux patients.

- 1) Favoriser la liberté de choix des patients et la concurrence entre les prestataires de soins
- 2) Favoriser l'émergence d'un véritable marché de l'hospitalisation privée

- 3) Accroître le financement de la santé par l'entremise de l'assurance-maladie privée duplicative
- 4) Permettre la pratique mixte pour accroître l'offre de médecins spécialistes
- 5) Financer les hôpitaux en fonction des services rendus
- 6) Rendre obligatoire la publication d'indicateurs de performance des hôpitaux

Contrairement à certaines croyances, ces réformes n'ont constitué en rien une menace aux objectifs d'universalité et d'accessibilité des soins. Elles ont en revanche apporté d'importants bénéfices, notamment au chapitre de l'amélioration des temps d'attente et de la qualité des services.

INTRODUCTION

Ce n'est un secret pour personne que le régime public de santé au Québec coûte de plus en plus cher aux contribuables. Depuis le début des années 1980, les dépenses en santé croissent plus vite que l'économie. Après prise en compte de l'inflation, les dépenses publiques de santé par habitant au Québec ont crû de plus de 90 % en 30 ans et atteignent tout près de 4000 \$ en 2013¹. Une étude récente estime qu'elles pourraient même, si le rythme de croissance actuel se maintient, accaparer près de 70 % des dépenses budgétaires du gouvernement en 2030².

Ce ne sont bien sûr pas toutes les sources de hausses de dépenses qui posent problème. Les nouvelles technologies médicales, entre autres, même si elles sont parfois très coûteuses, peuvent rendre de précieux services³, voire diminuer d'autres coûts. Elles permettent par exemple de remplacer des traitements chirurgicaux ou de réduire le nombre de visites à l'hôpital, diminuant du même coup les dépenses totales de santé.

Au sein d'une industrie efficace, des dépenses plus grandes ne sont pas nécessairement inquiétantes, surtout si la qualité des biens et services obtenus est meilleure. De plus, il n'y a rien d'anormal à ce qu'une population demande davantage d'un certain type de services lorsque ses revenus augmentent. La hausse du niveau de vie figure d'ailleurs au nombre de facteurs responsables de l'accroissement des dépenses de santé ces dernières décennies⁴.

En revanche, lorsque des dépenses accrues n'entraînent pas de meilleurs services, il y a tout

lieu de s'en préoccuper. À cet égard, les résultats du système public de santé québécois sont loin d'être satisfaisants, malgré les ressources de plus en plus importantes qui y sont consacrées au fil des ans. La population n'en obtient pas pour son argent en comparaison de la vaste majorité des pays de l'OCDE⁵ et la situation ne va pas en s'améliorant.

Les files d'attente semblent maintenant constituer une caractéristique structurelle du système. Le temps d'attente médian entre la visite chez le médecin généraliste et le traitement par le spécialiste a plus que doublé ces vingt dernières années, passant de 7,3 semaines en 1993 à 17,8 semaines en 2013⁶. Selon les enquêtes du Commonwealth Fund, le Québec arrive bon dernier depuis plusieurs années dans les classements internationaux regroupant une douzaine de pays développés en ce qui concerne les temps d'attente à l'urgence et pour voir un médecin (voir Figures 1 à 3)⁷.

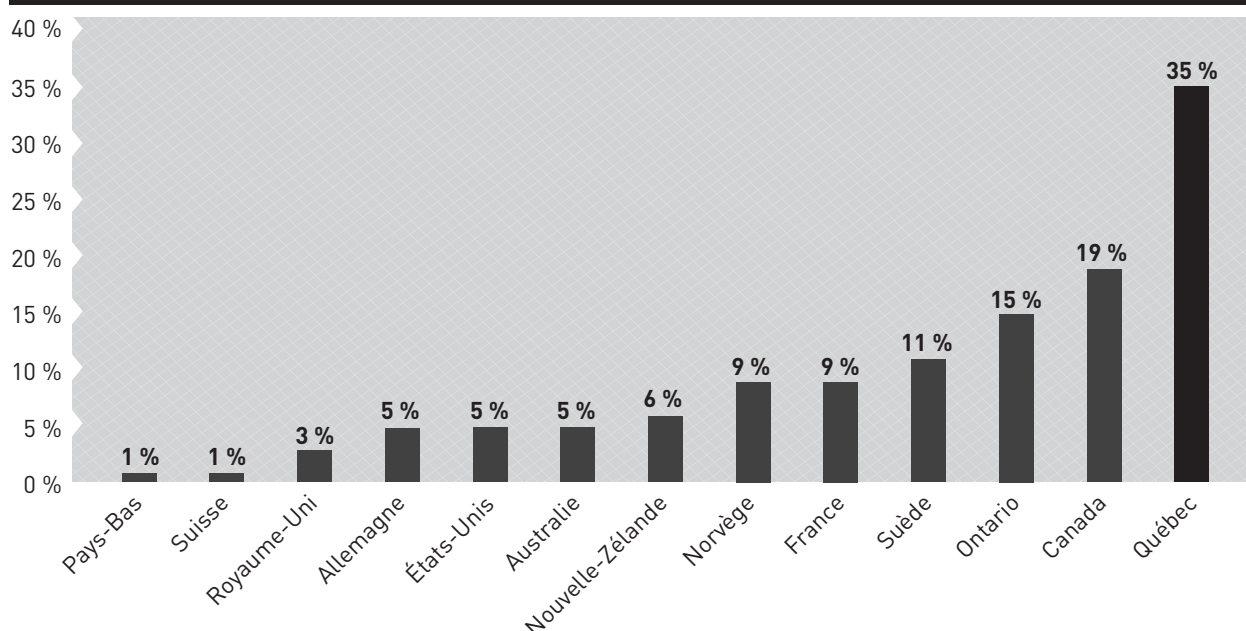
« Constatant l'inefficacité des solutions traditionnelles pour régler le problème de l'attente, une majorité de Québécois souhaitent que le gouvernement explore la voie du privé. »

Il se passe rarement une semaine sans qu'un média au Québec ne fasse état des problèmes d'accès aux soins de première ligne. Selon une vaste enquête rendue publique récemment, près d'un Québécois sur cinq (et un sur trois pour les plus pauvres) rapporte avoir des besoins non comblés en matière de soins de santé, en raison principalement des

1. Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2013*, p. 163. Les données ont été ajustées pour tenir compte de l'inflation à l'aide de l'Indice des prix à la consommation (IPC) du Québec compilée par Statistique Canada, tableau CANSIM no 326-0020. Ainsi, en 1980, les dépenses publiques de santé en termes réels s'élevaient à 1992,47 \$ (en dollars de 2012).
2. Nicolas-James Clavet, Jean-Yves Duclos, Bernard Fortin, Steeve Marchand et Pierre-Carl Michaud, *Les dépenses de santé du gouvernement du Québec 2013-2030 : projections et déterminants*, Rapport de recherche no 2013s-45, Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO), décembre 2013, p. 11.
3. Voir David M. Cutler, « The Lifetime Costs and Benefits of Medical Technology », *Journal of Health Economics*, vol. 26, no 6, 2007, p. 1081-1100; William J. Baumol, *The cost disease: why computers get cheaper and health care doesn't*, Yale University Press, 2012, p. 87-93.
4. Robert E. Hall et Charles I. Jones, « The Value of Life and the Rise of Health Spending », *Quarterly Journal of Economics*, vol. 122, no 1, 2007, p. 39-72.

5. Brett J. Skinner et Mark Rovere, *Value for Money from Health Insurance Systems in Canada and the OECD*, Institut Fraser, octobre 2010; Jack Kitts et al., *Better health, better care, better value for all: Refocusing health care reform in Canada*, Conseil canadien de la santé, septembre 2013.
6. Bacchus Barua et Nadeem Esmail, *Waiting Your Turn: Wait Times for Health Care in Canada, 2013 Report*, Studies in Health Policy, Institut Fraser, octobre 2013, p. 37.
7. Jean-Frédéric Lévesque et Mike Benigeri, *L'expérience des soins des personnes représentant les plus grands besoins, le Québec comparé*, Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2011, Le Commissaire à la santé et au bien-être, Gouvernement du Québec, 2012; Mike Benigeri et Olivier Sossa, *Perceptions et expériences de soins de la population: le Québec comparé*, Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2013, Le Commissaire à la santé et au bien-être, Gouvernement du Québec, janvier 2014.

Figure 1
Pourcentage des patients qui ont dû attendre 5 heures ou plus à l'urgence, 2013



Source : Mike Benigeri et Olivier Sossa, *Perceptions et expériences de soins de la population: le Québec comparé*, Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2013, Le Commissaire à la santé et au bien-être, Gouvernement du Québec, janvier 2014, p. 84.

longs délais d'attente ou de l'impossibilité de voir un médecin lorsque requis (voir Figure 4)⁸. En dépit de l'augmentation des sommes injectées dans le système de santé durant le dernier quart de siècle, force est d'admettre que l'engorgement dans les urgences demeure un problème toujours aussi préoccupant⁹. En 2013, le séjour moyen sur civière à l'urgence s'élevait à 17,6 heures, soit près de deux heures de plus qu'il y a une décennie¹⁰.

Ces difficultés d'accès sont envenimées par l'incapacité d'une importante frange de la population à se trouver un médecin de famille. En 2012, encore près de 25 % de la population québécoise n'avait pas de médecin régulier¹¹. Plusieurs patients sont par

conséquent contraints de se présenter aux urgences pour des problèmes de santé qui auraient pu être traités plus efficacement et de façon moins coûteuse dans un cabinet de médecin¹².

Tous ces délais d'attente dans le réseau de la santé sont non seulement pénibles pour les patients sur le plan humain, mais aussi très coûteux d'un point de vue économique. Selon un rapport de l'Institut Fraser, les quelques 214 144 patients québécois en attente de traitement médicaux dans le système public en 2012 ont subi des pertes de salaires s'élevant à environ 200 millions de dollars¹³.

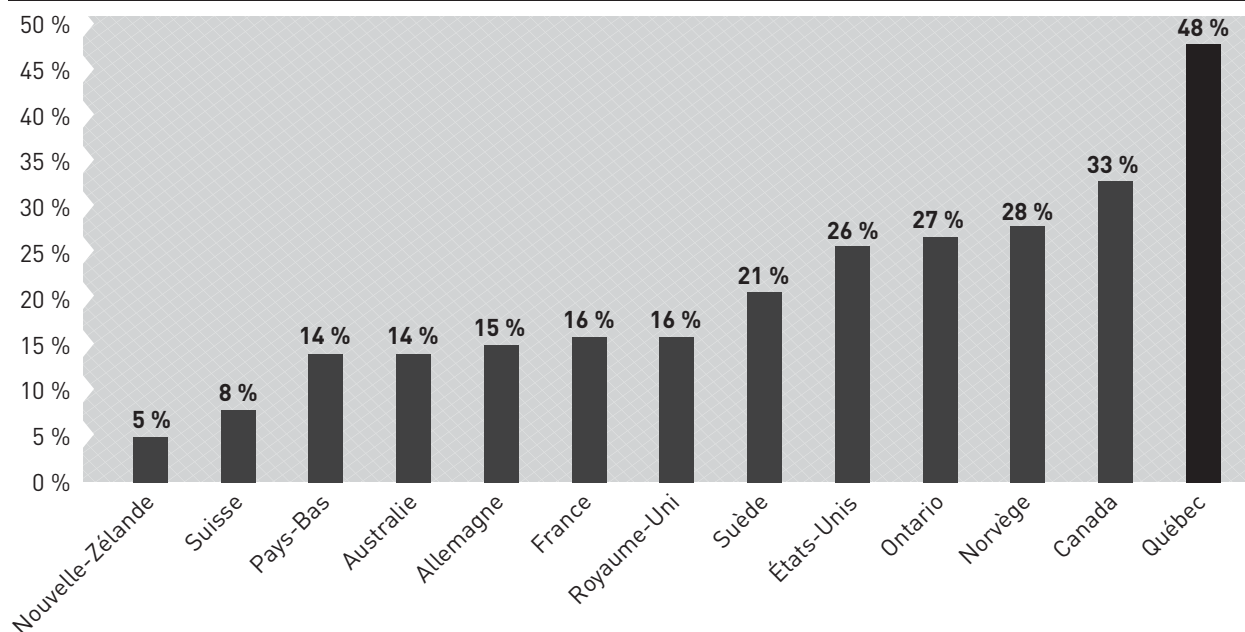
Constatant l'inefficacité des solutions traditionnelles pour régler le problème de l'attente, une majorité de Québécois souhaitent que le

8. Jean-Frédéric Lévesque *et al.*, « Emerging organisational models of primary healthcare and unmet needs for care: insights from a population-based survey in Quebec province », *BMC Family Practice*, vol. 13, no 66, 2012.
9. Le problème d'engorgement dans les urgences n'est pas nouveau : on en constatait déjà l'existence dans les années 1980. Voir Martha Gagnon, « Les omnipraticiens lancent un nouvel appel pour décongestionner les urgences », *La Presse*, 7 décembre 1988, p. A3.
10. Daphné Cameron, « Palmarès des urgences : toujours plus d'attente », *La Presse*, 8 mai 2013; Pascale Breton, « Urgences : "c'est clair que ça se détériore" », *La Presse*, 7 février 2007.
11. Statistique Canada, tableau no 105-0501, Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2012) et groupes de régions homologues. Dans le cadre d'une autre enquête,

- l'Institut de la statistique du Québec estime pour sa part que 13 % des Québécois seraient dans l'incapacité de trouver un médecin de famille malgré leurs efforts et qu'un autre 8 % de la population ne sentirait pas le besoin d'en avoir un. Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur l'expérience des soins 2010-2011. Le médecin de famille et l'endroit habituel des soins : regard sur l'expérience vécue par les Québécois*, vol. 2, mars 2013, p. 35.
12. François-Pierre Gladu, « La pénurie réelle ou ressentie de médecins de famille au Québec : peut-on y remédier? », *Le Médecin de famille canadien*, vol. 53, 2007, p. 1871-1873.
13. Nadeem Esmail, « The private cost of public queues for medically necessary care », *Fraser Alert*, juillet 2013.

Figure 2

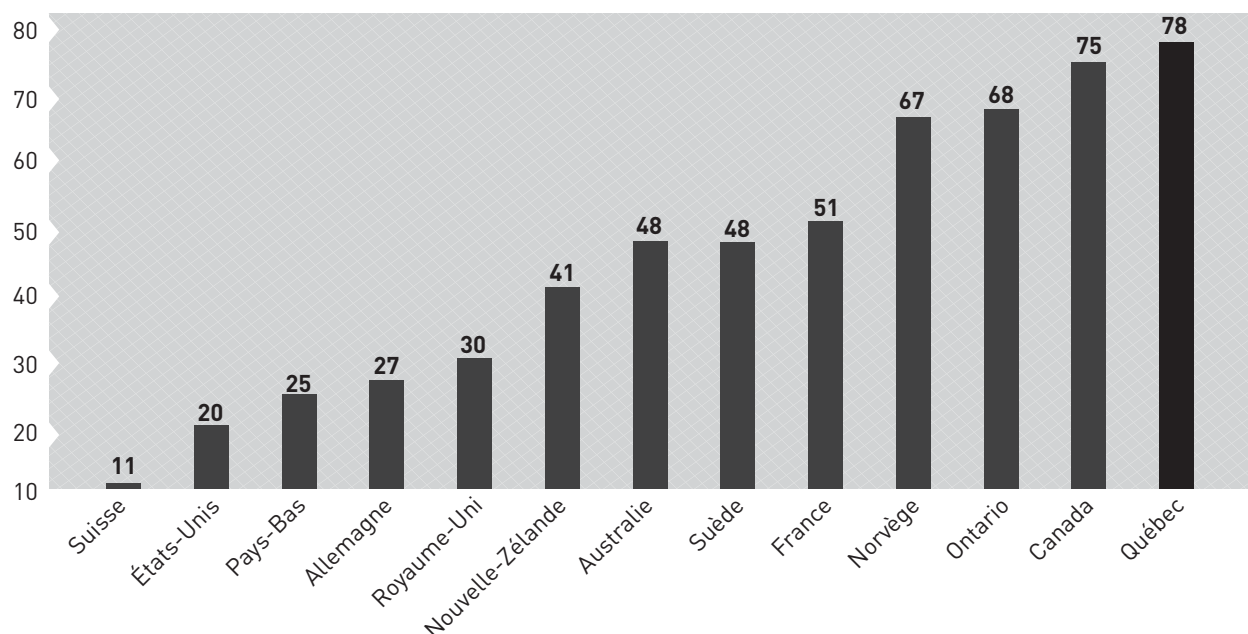
Pourcentage de patients qui ont dû attendre 6 jours ou plus avant d'obtenir un rendez-vous avec un médecin la dernière fois qu'ils en ont eu besoin, 2013



Source : Mike Benigeri et Olivier Sossa, *Perceptions et expériences de soins de la population: le Québec comparé*, Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2013, Le Commissaire à la santé et au bien-être, Gouvernement du Québec, janvier 2014, p. 24.

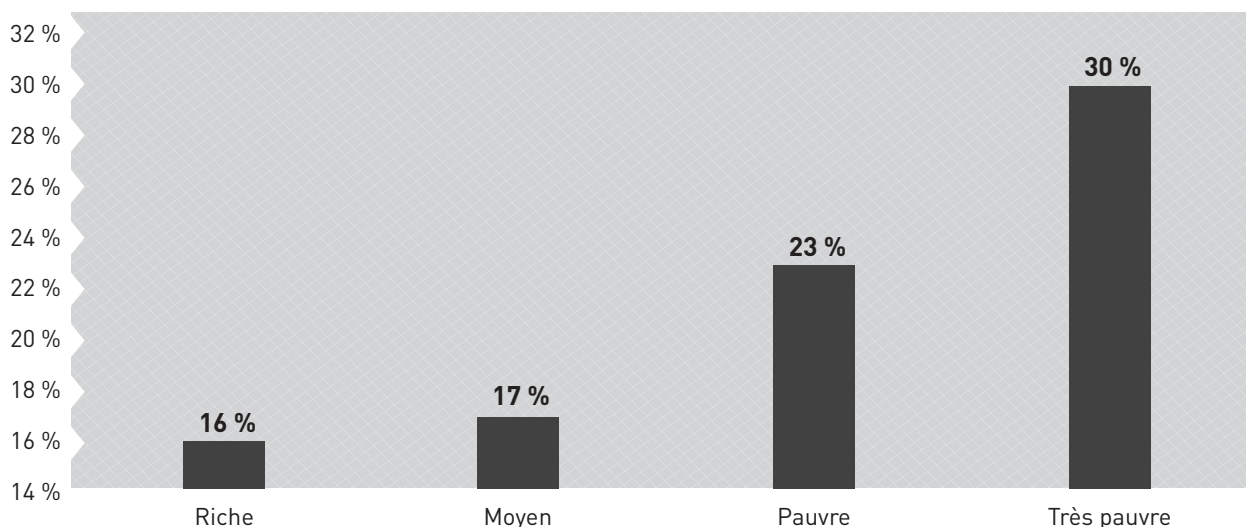
Figure 3

Nombre moyen de jours d'attente pour obtenir un rendez-vous avec un médecin spécialiste, 2011



Source : Jean-Frédéric Lévesque et Mike Benigeri, *L'expérience des soins des personnes représentant les plus grands besoins, le Québec comparé*, Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2011, Le Commissaire à la santé et au bien-être, Gouvernement du Québec, janvier 2012, p. 67.

Figure 4
Pourcentage de Québécois déclarant avoir des besoins non comblés en matière de soins de santé, selon le niveau de richesse perçue, 2005



Source : Jean-Frédéric Lévesque *et al.*, « Emerging organisational models of primary healthcare and unmet needs for care: insights from a population-based survey in Quebec province », *BMC Family Practice*, vol. 13, no 66, 2012.

gouvernement explore la voie du privé. Lors d'un sondage rendu public en janvier 2013, deux Québécois sur trois (66 %) se sont déclarés d'avis que « [les patients] devraient avoir le droit de se procurer des services de santé dans le secteur privé lorsqu'ils ne peuvent les obtenir en temps opportun dans le réseau public », même si cela devait accroître l'inégalité dans l'accès aux soins¹⁴.

Un précédent sondage mené par Léger Marketing en septembre 2006 pour le compte de l'IEDM avait montré qu'une proportion similaire de Québécois (60%) accepteraient que l'État permette un accès plus rapide à des soins de santé à ceux qui souhaitent payer pour ces soins dans le secteur privé, tout en maintenant le système actuel de santé gratuit et universel¹⁵. Ces sondages donnent à penser qu'il existe une demande pour des soins de santé financés et fournis de façon privée plutôt qu'exclusivement par le secteur public (comme c'est le cas actuellement pour le panier de soins jugés médicalement requis).

Aucune excuse pour ne pas réformer

Contrairement à la croyance populaire, ce n'est pas la législation fédérale mais plutôt les lois provinciales qui régissent en sa quasi-totalité le système public de santé au Canada¹⁶. La *Loi canadienne sur la santé* établit les conditions que les provinces et territoires doivent respecter pour avoir droit au versement intégral de la contribution financière du gouvernement fédéral. Elle n'a pas de portée obligatoire. Une loi provinciale qui est en contravention avec la *Loi canadienne sur la santé* n'est donc pas invalide ou illégale. La sanction d'une violation de cette loi est purement politique et ses répercussions sont financières, et non juridiques.

Ainsi, un gouvernement provincial n'a pas d'excuse pour s'empêcher de réformer le système de santé en y incorporant des solutions de marché, à l'image de ce qui s'est fait avec succès dans la vaste majorité des pays de l'OCDE. Il peut déjà, sans aucun changement majeur dans le carcan législatif

14. Environics Institute, « What Canadians think about their health care system », janvier 2013.

15. Institut économique de Montréal, « Opinion des Canadiens à l'égard de l'accès aux soins de santé », Résultats d'un sondage effectué par Léger Marketing, septembre 2006.

16. Voir à ce sujet la *Note économique* de l'IEDM intitulée « Réformes de la santé : jusqu'où peut-on étirer l'élastique? », avril 2003; Gerard W. Boychuk, « The Regulation of Private Health Funding and Insurance in Alberta Under the Canada Health Act: A Comparative Cross-Provincial Perspective », *The School of Policy Studies, SPS Research Papers*, vol. 1, no 1, University of Calgary, décembre 2008.

qui maintient le monopole de l'État, intégrer des notions telles la flexibilité et la concurrence dans le réseau public. Il peut également accroître le recours au secteur privé dans la prestation des soins, dans la mesure où il continue de financer intégralement tous les soins assurés et que cette plus grande place accordée au secteur privé ne viole pas la condition de gestion publique du système énoncée dans la *Loi canadienne sur la santé*.

« Un gouvernement provincial n'a pas d'excuse pour s'empêcher de réformer le système de santé en y incorporant des solutions de marché, à l'image de ce qui s'est fait avec succès dans la vaste majorité des pays de l'OCDE. »

C'est la mixité du financement public et privé qui pose problème. Il serait ainsi impossible de permettre à un patient de payer pour obtenir plus rapidement un service dispensé par le secteur public, ou inversement de financer partiellement à l'aide de fonds publics les soins dispensés dans un régime privé parallèle, sans contrevenir à la *Loi canadienne sur la santé*. Le gouvernement du Québec pourrait cependant désassurer des services, ou encore abroger certains articles de la *Loi sur l'assurance maladie* et de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* de façon à permettre le développement d'un secteur privé parallèle au secteur public dans la province, où les patients seraient libres de payer directement ou au moyen d'assurances privées pour tous les services médicalement requis.

Six idées de réforme

Dans cette publication, l'IEDM propose six idées concrètes pour réformer le système de santé au Québec. Ces propositions de réforme, toutes inter-reliées, seraient susceptibles d'améliorer sensiblement l'accès et la qualité des soins offerts aux patients.

- 1) Favoriser la liberté de choix des patients et la concurrence entre les prestataires de soins

- 2) Favoriser l'émergence d'un véritable marché de l'hospitalisation privée
- 3) Accroître le financement de la santé par l'entremise de l'assurance-maladie privée duplicative
- 4) Permettre la pratique mixte pour accroître l'offre de médecins spécialistes
- 5) Financer les hôpitaux en fonction des services rendus
- 6) Rendre obligatoire la publication d'indicateurs de performance des hôpitaux

Ces propositions de réforme s'appuient sur une imposante revue de la littérature : plus de 250 ouvrages, études et rapports sur les politiques de santé ont été consultés et analysés en profondeur dans le cadre de ce travail de recherche. Le présent *Cahier* s'inspire également des travaux réalisés par différents chercheurs de l'IEDM au fil des dernières années¹⁷.

Comme plusieurs pays ont été confrontés à des défis analogues à ceux du Québec en matière de santé – et d'autres continuent de l'être –, un examen rigoureux des principales réformes entreprises dans plusieurs d'entre eux a été effectué. Il y a des leçons particulièrement importantes à tirer des expériences de l'Allemagne, de l'Angleterre, du Danemark, de la France et de l'Italie, tous des pays dont les systèmes de santé reposent sur le principe de l'universalité des soins.

Plusieurs constats se dégagent de cette vaste analyse. D'abord, l'existence d'un système de santé mixte public-privé est la norme dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE. On s'aperçoit que les pays qui font une grande place au secteur privé à but lucratif dans la fourniture des soins et qui favorisent la concurrence entre les différents prestataires parviennent généralement à atteindre de meilleurs résultats que le Québec et le reste du Canada en matière d'accessibilité et de qualité des services.

17. De nombreux chercheurs ont contribué à la réalisation de ces travaux au fil des ans, dont Germain Belzile, Marcel Boyer, Julie Frappier, Norma Kozhaya, Mathieu Laberge, Valentin Petkantchin et Frederik Roeder.

Ensuite, le Canada fait figure d'exception à l'échelle du monde industrialisé en limitant le rôle de l'assurance santé privée à la seule couverture des services non assurés par le régime public. Pourtant, plusieurs expériences étrangères nous montrent que l'assurance maladie privée duplicative est un instrument pouvant contribuer à accroître le financement de la santé et réduire la pression dans le réseau public.

**« L'existence d'un système
de santé mixte public-privé
est la norme dans la quasi-totalité
des pays de l'OCDE. »**

Enfin, malgré la crainte d'une certaine frange de la population selon laquelle un plus grand recours au secteur privé mènera à un système « à deux vitesses », ces exemples internationaux montrent que les notions de liberté de choix, de concurrence et de profit ne sont pas incompatibles avec des soins de santé accessibles à tous.

CHAPITRE 1

Favoriser la liberté de choix des patients et la concurrence entre les prestataires de soins

Mise en contexte

Une opinion assez répandue veut que le secteur de la santé n'en soit pas un comme les autres et qu'à ce titre, les mécanismes de concurrence et de choix ne seraient pas susceptibles d'y apporter les bienfaits qu'on leur attribue généralement dans le reste de l'économie. Cette thèse est toutefois de plus en plus remise en question¹⁸.

Ces deux dernières décennies, un grand nombre de pays ont entrepris des réformes afin d'améliorer l'efficacité et la productivité de leur système de santé, en décentralisant la gestion, en faisant appel au secteur privé pour la prestation des soins et en mettant en place des mécanismes de concurrence entre les différents hôpitaux.

À l'intérieur de ces systèmes de santé, les patients ont désormais la liberté de choisir non seulement leur médecin mais aussi l'établissement au sein duquel ils désirent être traités, qu'il soit du secteur privé ou public. Contrairement à certaines croyances, ces réformes n'ont constitué en rien une menace aux objectifs d'universalité et d'accessibilité des soins. Elles ont en revanche apporté d'importants bénéfices, notamment au chapitre de l'amélioration des temps d'attente et de la qualité des services.

Cette situation fait contraste avec celle du Québec, où les contraintes bureaucratiques limitent grandement les options des patients¹⁹. En dépit des

recommandations faites en ce sens par différents groupes de travail et commissions depuis le début des années 2000²⁰, force est de constater que très peu de patients parviennent à exercer un véritable choix en matière de services hospitaliers. Ceux-ci demeurent encore largement monopolisés par le secteur public.

À l'heure actuelle, les patients insatisfaits des services reçus n'ont très souvent pour seule option que de porter plainte auprès de l'ombudsman de l'hôpital. Ceux en attente de chirurgie électorale sont pour leur part généralement contraints bien malgré eux de prendre leur mal en patience²¹. La possibilité d'opter pour un établissement en dehors du secteur public pour une chirurgie ne s'applique que pour trois types d'interventions et uniquement lorsque la durée de temps passée sur la liste d'attente s'étend au-delà de six mois²².

Les expériences étrangères

Selon un récent rapport de l'OCDE, la liberté de choix du prestataire arrive au sommet des mesures ayant le mieux réussi à réduire les temps d'attente dans les pays qui l'ont adoptée au cours de la dernière décennie²³. Parmi ces pays figurent l'Allemagne, l'Angleterre, le Danemark, l'Italie, le Japon, la Norvège, les Pays-Bas, le Portugal, la Suède et la Suisse, pour n'en nommer que quelques-uns.

Au Japon, où le libre choix de l'hôpital existe depuis les années 1960, la concurrence entre les hôpitaux (privés à près de 80 %²⁴) a entraîné non seulement une amélioration générale de la qualité

18. Voir notamment Amitabh Chandra, Amy Finkelstein, Adam Sacarny et Chad Syverson, « Healthcare exceptionalism? Productivity and allocation in the U.S. healthcare sector », Document de travail no 19200, National Bureau of Economic Research, juillet 2013; James C. Robinson, « The end of asymmetric information », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 26, no 5, 2001, p. 1045-1053.

19. Même si la loi sur les services de santé et les services sociaux autorise les patients à choisir l'établissement duquel ils souhaitent recevoir leurs traitements, cette liberté de choix n'est que théorique, compte

tenu des nombreuses contraintes administratives. Voir notamment Karen Seidman, « University hospitals offering radiation therapy to face restrictions on who they can treat », *The Gazette*, 12 février 2014.

20. Michel Clair, « Refus de traitement », *La Presse*, 23 février 2008, p. A26.

21. Le gouvernement du Québec a annoncé récemment son intention de mettre en place des listes d'attente régionales à l'automne 2014. En conséquence, les patients ne seraient plus inscrits sur la liste d'attente de l'hôpital le plus près du domicile, mais plutôt sur une liste regroupant tous les établissements hospitaliers de leur région respective. Voir Héroïse Archambault, « Vers des listes d'attente régionales », *Le Journal de Montréal*, 15 février 2014, p. 3.

22. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité*, Document de consultation, Gouvernement du Québec, 2006, p. 48.

23. Michael Borowitz, Valérie Moran et Luigi Siciliani, « A review of waiting times policies in 13 OECD countries », dans *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, OECD Health Policy Studies, 2013, p. 51.

24. Kozo Tatara et Etsuji Okamoto, « Japan: health system review », *Health Systems in Transition*, vol. 11, no 5, 2009, p. 84.

des soins dans le réseau²⁵ mais aussi une réduction des écarts à ce chapitre entre les régions rurales et urbaines. Des indices portent à croire que ces disparités interrégionales sont moins élevées au Japon que dans les pays d'Europe²⁶.

En Suisse, où 46 % des hôpitaux sont privés²⁷, les citoyens disposent eux aussi d'une grande liberté dans le choix de leur prestataire de soins et ne sont pas contraints de recevoir leur traitement dans l'hôpital public le plus près du domicile.

L'Angleterre

À partir de 2002, on a adopté en Angleterre une série de réformes visant à donner aux patients la liberté de choisir l'établissement au sein duquel ils souhaitent recevoir leur traitement. Ces réformes avaient pour objectif premier d'accroître la concurrence entre les hôpitaux afin de diminuer l'attente et d'améliorer la qualité des services rendus aux patients. Les dirigeants espéraient aussi réduire les inégalités dans l'accès aux soins parmi différents groupes de la population. Au moment de leur mise en œuvre, le premier ministre de l'époque, le travailliste Tony Blair, disait en effet vouloir « donner aux patients les plus pauvres (...) le même éventail de choix dont les riches ont toujours bénéficié »²⁸.

La politique de libre choix a initialement pris la forme de projets pilotes et ne s'appliquait alors qu'aux patients atteints de maladies cardiaques en attente de traitement depuis plus de six mois. Ce n'est qu'à partir de 2004 qu'elle a été mise en œuvre de façon permanente. Les médecins devaient alors présenter à leurs patients au minimum quatre options d'établissements de santé, dont une du secteur privé. En avril 2008, on a étendu le choix aux patients devant subir une intervention chirurgicale non urgente, et ce choix incluait tous les hôpitaux du pays. Un an plus tard, la liberté de choix était inscrite dans la constitution du système public de

santé (NHS) comme faisant partie des « droits des patients »²⁹.

Afin de faciliter le choix d'hôpital, un système d'information portant sur une variété d'indicateurs de qualité que les patients peuvent consulter en ligne a aussi été créé (voir chapitre 6). Cette option permet aux utilisateurs de comparer le rendement des hôpitaux entre eux. Ainsi, un large éventail de données est accessible à la population, notamment sur la qualité des soins, le nombre d'opérations effectuées, le délai d'attente moyen, la durée moyenne de séjour, les taux de réadmission, les taux de survie après une opération, ainsi que sur l'expérience des patients. Il est également possible de prendre rendez-vous directement en ligne via le portail Web « Choose and Book »³⁰.

« Selon un récent rapport de l'OCDE, la liberté de choix du prestataire arrive au sommet des mesures ayant le mieux réussi à réduire les temps d'attente dans les pays qui l'ont adoptée au cours de la dernière décennie. »

En parallèle, le gouvernement a mis en place un réseau de centres de traitements privés spécialisés dans les chirurgies électives (*independent sector treatment centres*) qui est venu bonifier la gamme de choix offerts aux patients³¹. Le nombre de ces centres privés a connu une croissance exponentielle depuis la réforme, passant de 10 en 2006 à 161 en 2011³². Des analyses indépendantes, dont celle menée par le Collège royal des chirurgiens, ont montré que ces centres, loin de sélectionner uniquement les cas les moins complexes comme certains le craignaient, ont plutôt poussé la barre plus haute en matière

25. James H. Tiessen, « Hospital competition and quality in Japan: lessons for Canada », *Health Care Management*, vol. 26, no 28, 2005, p. 49-59.
26. Hiroshi Aiura, « Inter-regional competition and quality of hospital care », *European Journal of Health Economics*, vol. 14, 2013, p. 515-526.
27. Office fédérale de la statistique OFS, « Paysage hospitalier suisse en 2011 », *Actualités OFS*, 14 santé, mai 2013, p. 2.
28. Zachary Cooper et Julian Le Grand, « Choice, competition and the political left », *Eurohealth*, vol. 13, no 4, 2007, p. 19.

29. Anna Dixon et al., *Patient choice: How patients choose and providers respond*, The King's Fund, 2010, p. xiii.
30. Mirella Cacace, Stefanie Ettelt, Laura Brereton, Janice Pedersen et Ellen Nolte, *How health systems make available information on service providers: Experience in seven countries*, Rand Corporation Europe, 2011, p. 33.
31. Chris Naylor et Sarah Gregory, *Briefing: Independent Sector Treatment Centres*, The King's Fund, octobre 2009.
32. Elaine Kelly et Gemma Tetlow, *Choosing the place of care: The effect of patient choice on treatment location in England, 2003-2011*, The Nuffield Trust/Institute for Fiscal Studies, novembre 2012, p. 3.

d'efficacité³³ et de qualité de soins³⁴. Comme tous les établissements sont désormais rémunérés en fonction du nombre de patients qu'ils attirent, depuis la réforme du financement des hôpitaux à l'activité (*payment by results*) adoptée en 2004, cela les incite à vouloir se démarquer sur le plan de la qualité des services et des soins offerts, de laquelle leurs revenus sont tributaires (voir chapitre 5).

Les changements apportés au système de santé anglais ont donné des résultats impressionnants. En favorisant la liberté de choix et la concurrence, la réforme a grandement contribué à l'amélioration de la gestion des hôpitaux³⁵ et de la qualité des soins prodigués aux patients³⁶. La concurrence entre les établissements a permis de réduire significativement les risques de mortalité chez les patients, sans pour autant hausser les coûts ni la durée de séjour³⁷. Selon un groupe d'économistes britanniques qui se sont penchés sur les effets de la réforme, « la concurrence a vraisemblablement incité les hôpitaux à prendre des mesures afin d'améliorer leur performance, comme la mise en place d'audits cliniques, le renforcement de la gouvernance clinique, les investissements accrus en nouvelle technologie et dans l'amélioration de la gestion »³⁸.

Enfin, les réformes ont rempli leurs promesses au chapitre des temps d'attente pour les chirurgies électives, qui ont diminué en moyenne de plus de

60 % depuis 2002³⁹. L'introduction du libre choix et de la concurrence a également permis d'améliorer l'équité dans l'accès aux soins⁴⁰. Les patients issus de milieux socioéconomiques défavorisés ont ainsi vu leur temps d'attente pour un grand nombre de traitements chirurgicaux diminuer plus rapidement que ceux d'autres milieux plus riches⁴¹.

Les patients anglais sont nombreux à souhaiter prendre part activement à la décision de l'emplacement où aura lieu le traitement. Dans un récent sondage, 75 % des répondants ont affirmé que le choix du prestataire de soins est soit « très important » ou « important » pour eux⁴². Ce sont les travailleurs non qualifiés et les personnes plus âgées qui admettent accorder le plus d'importance au choix du lieu de traitement⁴³. Les données révèlent également que le choix des patients est davantage guidé par la qualité des soins offerts et la longueur des temps d'attente que par la distance qui sépare le domicile de l'hôpital⁴⁴. Sans grande surprise, on observe une nette amélioration du taux de satisfaction des citoyens à l'égard du système de santé depuis la mise en œuvre de la réforme⁴⁵.

La politique de libre choix a si bien fonctionné qu'à l'été 2012, le gouvernement a amendé une nouvelle fois la législation afin d'accroître encore davantage les options offertes aux patients dans le domaine des services hospitaliers. Le système public de santé est désormais ouvert à la concurrence internationale. En conséquence, de grands groupes d'hôpitaux privés, tels Caphio (Suède), Ramsay Health Care (Australie), Netcare (Afrique du Sud),

33. Luigi Siciliani, Peter Sivey et Andrew Street, « Differences in length of stay for hip replacement between public hospitals, specialised treatment centres and private providers: selection or efficiency? », *Health Economics*, vol. 22, no 2, 2013, p. 234-242.
34. J. Chard, M. Kucawski, N. Black et J. Van der Meulen, « Outcomes of elective surgery undertaken in independent sector treatment centres and NHS providers in England: audit of patient outcomes in surgery », *BMJ*, vol. 343:d6404, 2011; John Browne *et al.*, « Case-mix & patients' reports of outcomes in Independent Sector Treatment Centres: Comparison with NHS providers », *BMC Health Services Research*, vol. 8, no 78, 2008.
35. Nicholas Bloom, Carol Propper, Stephan Seiler et John Van Reenen, « The impact of competition on management quality: evidence from public hospitals », CEP Discussion Paper no 983, Centre for Economic Performance, février 2013.
36. Martin Gaynor, Carol Propper et Stephan Seiler, « Free to choose? Reform and demand response in the English National Health Service », Document de travail no 18574, National Bureau of Economic Research, novembre 2012.
37. Martin Gaynor, Rodrigo Moreno-Serra et Carol Propper, « Death by market power: Reform, competition and patient outcomes in the National Health Service », *American Economic Journal: Economic Policy*, vol. 5, no 4, 2013, p. 134-166.
38. Zack Cooper, Stephen Gibbons, Simon Jones et Alistair McGuire, « Does hospital competition save lives? Evidence from the English NHS patient choice reforms », *The Economic Journal*, vol. 121, 2011, p. F251;

39. England Department of Health, Inpatient and Outpatient Waiting Times statistics, Historical Times Series, 1988-2010; Diane Dawson *et al.*, « The effects of expanding patient choice of provider on waiting times: Evidence from a policy experiment », *Health Economics*, vol. 16, no 2, 2007, p. 113-128.
40. Anna Dixon et Julian Le Grand, « Is greater patient choice consistent with equity? The case of the English NHS », *Journal of Health Services Research & Policy*, vol. 11, no 3, 2006, p. 162-166.
41. Zachary N. Cooper, Alistair McGuire, S. Jones, J. Le Grand et Richard Titmuss, « Equity, waiting times, and NHS reforms: retrospective study », *BMJ*, vol. 339, 2009, p. b3264.
42. Anna Dixon *et al.*, *op. cit.*, note 29, p. xiii.
43. Ruth Robertson et Peter Burge, « The impact of patient choice on equity: Analysis of a patient survey », *Journal of Health Services Research & Policy*, vol. 16, no S1, 2011, p. 22-28.
44. Walter Beckert, Mette Christensen et Kate Collyer, « Choice of NHS-funded hospital services in England », *The Economic Journal*, vol. 122, 2012, p. 400-417.
45. Ashley L. Grosso et Gregg G. Van Ryzin, « Public management reform and citizen perceptions of the UK health system », *International Review of Administrative Sciences*, vol. 78, no 3, 2012, p. 494-513; John Appleby, *British social attitudes survey 2012: Public satisfaction with the NHS and its services*, The King's Fund, 2012.

Apollo (Inde), Cinven/Spire (holding européen) et UnitedHealth (États-Unis) sont venus s'établir en Angleterre afin d'offrir une variété de services auparavant monopolisés par le secteur public⁴⁶.

Le Danemark

La liberté de choisir son prestataire de soins constitue l'un des jalons du système de santé au Danemark. À partir de 1993, un programme de réformes axé sur le libre choix des patients a graduellement été mis en place avec comme objectif de renforcer la concurrence et la qualité des services de santé. Les patients ont alors pu choisir l'hôpital où ils voulaient se faire soigner parmi ceux du réseau public.

En 2002, le gouvernement a étendu la réforme en offrant désormais aux patients l'option d'un traitement aux frais de l'État dans un centre de soins privé ou situé à l'étranger si le temps d'attente dans le réseau public dépassait deux mois. Depuis 2007, en vertu d'une garantie d'accès, un patient ne doit pas attendre plus de 30 jours, une fois que le diagnostic est établi, avant de subir son intervention. Passé ce délai, tout patient peut choisir de recevoir son traitement dans un établissement privé et les dépenses sont prises en charge par l'État⁴⁷. Que le patient choisisse un hôpital public ou une clinique privée pour recevoir son traitement, l'établissement en question recevra un montant prédéterminé en vertu du mode de financement à l'activité en vigueur au pays.

Tous les Danois ont accès à une panoplie d'outils d'information pour les aider à exercer leur choix. Un portail e-santé (www.sundhed.dk) a notamment été créé en 2001 dans le but de fournir un point d'accès unique à l'information disponible sur les services de santé au pays et de faciliter la communication entre les médecins et la population⁴⁸. Le portail donne accès à un large éventail de données sur la

qualité des soins dispensés par les hôpitaux (temps d'attente, taux de complications et de réadmissions, taux d'infection aux maladies nosocomiales, etc.) et permet aux Danois de comparer la performance des hôpitaux entre eux. Les patients peuvent également prendre rendez-vous en ligne avec leur médecin, lequel est disponible et rémunéré pour répondre à des demandes des patients via courriel⁴⁹.

Contrairement à une crainte largement répandue au Canada, les établissements du secteur privé au Danemark ne sélectionnent pas que les cas les moins complexes et, par conséquent, les plus rentables financièrement. C'est ce qu'a permis de constater une étude du Danish Health Institute⁵⁰. Ainsi, ce sont bel et bien les patients qui sélectionnent les hôpitaux où ils souhaitent recevoir leur traitement et non l'inverse. Les gestionnaires de cliniques privées reconnaissent que rejeter les cas lourds nuirait à leur réputation⁵¹ et aurait des conséquences sur leur capacité à attirer des patients dans l'avenir.

« La concurrence entre les établissements a permis de réduire significativement les risques de mortalité chez les patients, sans pour autant hausser les coûts ni la durée de séjour. »

Le système hospitalier danois s'est amélioré de façon impressionnante depuis le début des années 2000 et se démarque désormais à l'échelle internationale au chapitre de l'efficacité et de la qualité des soins⁵². Le temps d'attente des patients pour les chirurgies non urgentes a diminué considérablement au cours de la dernière décennie et la politique du libre choix n'est pas étrangère à ce

46. Mark Dusheiko, « Patient choice and mobility in the UK health system: internal and external markets », dans *Health care provision and patient mobility: Health Integration in the European Union*, Springer-Verlag, 2014, p. 118.

47. Ceux qui détiennent une assurance privée duplicative ou qui désirent payer directement peuvent évidemment choisir une clinique privée dès le premier jour (60 % des cas traités dans les cliniques privées).

48. Mirella Cacace, Stefanie Ettelt, Laura Brereton, Janice Pedersen et Ellen Nolte, *op. cit.*, note 30, p. 23-31.

49. Denis Protti et Ib Johansen, *Widespread adoption of information technology in primary care physician offices in Denmark: A case study*, Issues in International Health Policy, the Commonwealth Fund, mars 2010, p. 2.

50. Karolina Socha et Mikael Bech, « Extended free choice of hospital – waiting time », *Health Policy Monitor*, survey no 10, octobre 2007.

51. Lotte Bøgh Andersen et Mads Jakobsen, « Does ownership matter for the provision of professionalized services? Hip operations at publicly and privately owned clinics in Denmark », *Public Administration*, vol. 89, no 3, 2011, p. 967.

52. Organisation of Economic Co-operation and Development, *Denmark: Raising Standards*, OECD Reviews of Health Care Quality, p. 114-118.

phénomène⁵³. Dans une analyse récente portant sur 16 pays, des chercheurs de l'OCDE ont constaté que le Danemark arrive au second rang des pays où le temps d'attente médian pour les chirurgies électives est le moins long, avec des délais inférieurs de moitié à ceux du Canada⁵⁴.

En bonne partie en raison de la liberté accordée aux patients, le système de santé danois figure parmi les quatre plus performants d'Europe depuis plus de cinq ans, selon l'organisation indépendante Health Consumer Powerhouse⁵⁵.

La réforme et ses avantages

Le gouvernement du Québec devrait adopter une réforme cohérente, en vertu de laquelle les patients québécois disposeraient de l'entière liberté de choisir leur fournisseur de soins, qu'il soit du secteur public ou privé, pour leurs traitements chirurgicaux non urgents. Une plus grande liberté de choix, combinée à un régime de financement des hôpitaux où l'argent suit le patient (voir chapitre 5), serait susceptible d'accroître la concurrence entre fournisseurs de soins et la qualité des services dans l'ensemble du réseau. Pour qu'une telle politique soit plus efficace, des données sur une série d'indicateurs de qualité dans les établissements de santé devraient être mises à la disposition du public via un portail Web, en sus de ceux sur les temps d'attente⁵⁶, afin d'aider les patients à mieux choisir leur lieu de traitement (voir chapitre 6).

La logique qui sous-tend les mécanismes de concurrence est relativement simple. Dans la mesure où les patients disposent de la liberté de choisir leur prestataire de soins, ils sont portés à délaisser les établissements qui offrent des services médiocres et à se tourner vers ceux qui rendent les meilleurs services. Pour un hôpital désirant générer des bénéfices, un patient constitue donc une source de

revenus. Plus l'établissement attire de patients par la qualité des soins qu'il fournit, plus la demande pour ses services est forte et mieux vont ses affaires.

Dans un système où les patients disposent de choix en matière de prestataires de soins, les hôpitaux se soucient davantage de l'importance de maintenir des services de qualité et de préserver une bonne réputation. Ils s'assurent aussi de recueillir des données et de l'information sur la qualité et la satisfaction des patients à l'égard des soins prodigués. Ils adaptent leurs pratiques en regard des attentes et des préférences des patients et cherchent continuellement de nouvelles et de meilleures façons de répondre adéquatement à leurs besoins. C'est en y parvenant qu'ils peuvent espérer dégager un bénéfice.

« Tous les Danois ont accès à une panoplie d'outils d'information pour les aider à exercer leur choix. »

Certains analystes estiment que les patients ne sont pas habilités à faire des choix en matière de santé ou qu'ils n'ont simplement pas le temps de décider de l'emplacement pour recevoir les soins requis étant donné l'urgence de leur situation⁵⁷. Pour ces raisons, la concurrence ne pourrait selon eux avoir d'influence positive sur l'efficacité ou la qualité des services offerts. Or, l'expérience et la théorie économique nous enseignent, au contraire, que la concurrence entre établissements les pousse à améliorer la qualité de l'ensemble des soins, pas seulement ceux qui leur permettraient d'attirer des patients⁵⁸. Des chercheurs ont par exemple montré que dans les régions où la concurrence entre hôpitaux est plus forte, les patients admis d'urgence (comme ceux ayant subi une crise cardiaque) sont significativement moins à risque de décéder, même s'ils n'ont pas choisi leur lieu de traitement⁵⁹.

53. Terkel Christiansen et Mikkelsen, « Chapter 6: Denmark », dans *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, OECD Health Policy Studies, 2013, p. 115-131.

54. Luigi Siciliani, Valérie Moran et Michael Borowitz, « Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries », OECD Health Working Paper no 67, novembre 2013.

55. Arne Bjørnberg, *Euro Health Consumer Index 2013*, Health Consumer Powerhouse, novembre 2013.

56. <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/g74web/>.

57. Julia Belluz, « Why the markets can't run hospitals », *Science-ish* (un projet conjoint du magazine *Maclean's*, du *Medical Post* et du McMaster Health Forum), 5 décembre 2011.

58. Martin Gaynor, Rodrigo Moreno-Serra et Carol Propper, *op. cit.*, note 37; Zack Cooper, Stephen Gibbons, Simon Jones et Alistair McGuire, *op. cit.*, note 38.

59. Daniel P. Kessler et Mark B. McClellan, « Is Hospital Competition Socially Wasteful? » *Quarterly Journal of Economics*, vol. 115, no 2, 2000, p. 577-615.

Dans un contexte de concurrence, ni les établissements privés ni les hôpitaux publics n'ont intérêt à négliger la qualité des services offerts pour économiser sur les coûts car, en fin de compte, de moins bons services impliquent moins de patients et donc moins de revenus. La réduction des coûts ne passe pas non plus par un rationnement des services, comme c'est le cas dans un système monopolistique comme celui actuellement en vigueur au Québec, mais plutôt par le biais d'une utilisation plus efficace et judicieuse des ressources disponibles. Il est également nécessaire de maintenir des salaires attrayants et un climat de travail motivant, sinon les employés iront exercer leur profession ailleurs.

« Plus l'établissement attire de patients par la qualité des soins qu'il fournit, plus la demande pour ses services est forte et mieux vont ses affaires. »

Enfin, puisqu'ils en sont les principaux bénéficiaires, les patients sont généralement prêts à consacrer plus de temps et d'efforts afin de trouver le meilleur emplacement pour eux (en termes de qualité, de délai d'attente, etc.) que ne le ferait le médecin traitant, souvent trop occupé. Une politique de libre choix peut donc à la fois contribuer à réduire globalement les temps d'attente dans le système hospitalier et diminuer l'écart à ce chapitre entre les différents établissements⁶⁰.

60. Richard Cookson et Diane Dawson, « Hospital competition and patient choice in publicly funded healthcare », dans *The Elgar Companion to Health Economics, second edition*, Edward Elgar, 2012, p. 219-230.

CHAPITRE 2

Favoriser l'émergence d'un véritable marché de l'hospitalisation privée

Mise en contexte

Dans la plupart des secteurs économiques, les multiples problèmes que connaît le système de santé seraient perçus comme autant d'opportunités pour des entrepreneurs privés. Cependant, comme les soins hospitaliers et médicaux jugés « essentiels » sont monopolisés par l'État au Québec, ces entrepreneurs sont par définition exclus d'une bonne partie du secteur de la santé.

Même dans les domaines où la prestation de soins par le secteur privé est permise, il existe encore bon nombre d'obstacles aux élans de ceux qui ont de bonnes idées et qui sont désireux de se lancer en affaires⁶¹.

Par exemple, des lois ont été adoptées par l'Assemblée nationale dans la foulée du *jugement Chaoulli* rendu par la Cour suprême en 2005, dans le but d'encadrer les services dispensés par les cliniques de chirurgie privées – nouvellement appelées les centres médicaux spécialisés (CMS). Tout d'abord, un CMS doit être détenu majoritairement par des membres du Collège des médecins du Québec. En outre, il est prévu qu'un CMS doit être exploité soit exclusivement par des médecins participants, soit exclusivement par des médecins non participants au régime d'assurance-maladie du Québec⁶². Ces nouvelles contraintes ont eu pour effet de restreindre grandement la possibilité pour ces centres d'attirer des capitaux et de démarrer leur entreprise.

Ainsi, même si le nombre de cliniques privées est en croissance depuis 2006, celles-ci demeurent marginales, en nombre et en taille, dans le paysage hospitalier québécois⁶³. Une enquête menée par l'IEDM à l'automne 2013 a permis de constater que sur les 185 cliniques médicales entièrement privées recensées dans la province, seulement 13 % regroupent 5 ou 6 médecins non participants au régime public. Seule une minorité d'entre elles dispensent des services de santé jugés médicalement requis, et presque uniquement dans le cadre d'ententes de partenariat conclues avec des centres hospitaliers publics⁶⁴. Les hôpitaux privés à but lucratif sont pour leur part inexistant.

Les expériences étrangères

Dans de nombreux pays, notamment en Europe, où le financement public des soins de santé est au moins aussi important qu'au Canada, le secteur privé joue un rôle de premier plan dans la prestation des services hospitaliers⁶⁵. Plus du tiers des hôpitaux sont privés à but lucratif en Allemagne, en Australie, en Espagne, en France et en Italie, tous des pays dont les systèmes de santé reposent sur le principe d'universalité (voir Tableau 1).

Plusieurs exemples internationaux, dont ceux de l'Allemagne et de la France, montrent que la participation du secteur privé et la recherche du profit, contrairement aux croyances largement répandues au Canada, sont associées à une meilleure qualité des soins et contribuent à rendre le système de santé mieux à même de répondre adéquatement aux besoins de la population.

La France

La France s'est imposée au fil des ans comme un chef de file mondial dans le domaine de l'hospitalisation privée. En 2011, l'ensemble des

61. Voir Yanick Labrie, « Surmonter les obstacles à l'entrepreneuriat en santé », *Note économique*, Institut économique de Montréal, novembre 2011.

62. Voir notamment Sylvie Bourdeau, « Le projet de loi no 33 est en vigueur... il autorise les cliniques privées et l'assurance santé privée au Québec », *Bulletin sur le droit de la santé*, Fasken Martineau, février 2008.

63. Voir Jasmin Guénette et Julie Frappier, « La médecine privée au Québec », *Note économique*, Institut économique de Montréal, décembre 2013.

64. Même si ces ententes ont montré leur utilité à réduire les délais d'attente en chirurgie, le gouvernement souhaite y mettre fin. Voir notamment Harold Gagné, « Fin de l'entente entre le Sacré-Cœur et la clinique privée Rockland MD », *Canoë.ca*, 11 octobre 2011.

65. Voir Yanick Labrie et Marcel Boyer, « Le secteur privé dans un système de santé public : l'exemple français », *Note économique*, Institut économique de Montréal, avril 2008.

Tableau 1
Répartition des hôpitaux dans différents pays de l'OCDE selon le type de propriété, 2011

Pays	Hôpitaux publics	Hôpitaux privés à but non lucratif	Hôpitaux privés à but lucratif
Allemagne	26,1 %	32,5 %	41,4 %
Australie (2010)	55,9 %	8,6 %	35,5 %
Autriche	56,8 %	16,1 %	27,1 %
Canada (2010)	99,0 %	1 %	0 %
Espagne	45,7 %	15,6 %	38,7 %
États-Unis (2010)	26,5 %	52,7 %	20,8 %
France	35,0 %	26,5 %	38,5 %
Italie	43,1 %	2,9 %	54,1 %
Japon (2004)	22,0 %	68,7 %	9,3 %
Nouvelle-Zélande	52,2 %	19,3 %	28,6 %
Portugal	54,0 %	24,6 %	21,4 %

Sources : Organisation de coopération et de développement économiques, Base de données sur la santé 2013; Kozo Tātara et Etsuji Okamoto, « Japan: health system review », *Health Systems in Transition*, vol. 11, no 5, 2009, p. 84.

hôpitaux privés pouvaient compter sur le savoir-faire de 40 000 médecins et 150 000 employés salariés⁶⁶, et généraient un chiffre d'affaires de plus de 13 milliards d'euros⁶⁷.

En 2011, on y dénombrait 1047 établissements privés à but lucratif, soit 39 % du total des établissements de santé avec capacité d'hospitalisation. En ce qui concerne la capacité d'accueil, ces établissements regroupaient près de 100 000 lits d'hospitalisation complète, soit 24 % du total⁶⁸. Ces proportions représentent presque le double de celles qu'on observe aux États-Unis, où les établissements privés à but lucratif comptent pour 18 % de l'ensemble des hôpitaux et 13 % des lits⁶⁹.

Les établissements hospitaliers privés à but lucratif sont spécialisés avant tout dans le secteur

de la chirurgie et des soins de courte durée. Dans l'ensemble, ces établissements prennent en charge chaque année environ huit millions de patients et réalisent 54 % des chirurgies. Par exemple, le secteur privé à but lucratif effectue environ une chirurgie sur deux de l'appareil digestif, deux chirurgies cardiaques sur cinq, trois opérations de la cataracte sur quatre et près de trois accouchements sur dix⁷⁰. Les hôpitaux privés assurent aussi une présence non négligeable dans le domaine des services d'urgences, puisqu'ils gèrent près de 20 % des établissements comprenant des urgences et reçoivent plus de 2,3 millions de passages au sein de celles-ci chaque année⁷¹.

« Plus du tiers des hôpitaux sont privés à but lucratif en Allemagne, en Australie, en Espagne, en France et en Italie, tous des pays dont les systèmes de santé reposent sur le principe d'universalité. »

66. Fédération de l'hospitalisation privée, <http://www.fhp.fr/1-fhp/3-la-fhp/1010/-2-1010-article.aspx>.

67. Éric Thuaud, « La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif en 2011 », Études et Résultats, no 859, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Gouvernement de France, novembre 2013.

68. Le nombre exact est 98 522, ce qui représente 23,7 % des lits. Bénédicte Boisguérin et Gwennaëlle Brillhault (dir.), *Le Panorama des établissements de santé – édition 2013*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Gouvernement de France, janvier 2014, p. 75.

69. Les hôpitaux privés à but non lucratif représentent 50,5 % des établissements et 59 % des lits. National Center for Health Statistics, *Health, United States, 2012: With Special Feature on Emergency Care*, 2013, p. 314; OCDE, Base de données sur la santé, juin 2013.

70. Bénédicte Boisguérin et Gwennaëlle Brillhault, *op. cit.*, note 68, p. 102-103.

71. *Ibid.*, p. 137.

La réputation de nombreux groupes privés, sur le plan de l'innovation et de l'expertise médicale, de même qu'au chapitre de l'éventail et de la qualité des services offerts, n'est plus à faire. Par exemple, les entreprises Générale de santé et Groupe Capiro, sous contrôle majoritaire d'actionnaires italiens et suédois respectivement, sont des acteurs importants du domaine de la prestation de soins hospitaliers en France qui exportent leur expertise dans toute l'Europe.

Le secteur privé en France se démarque également sur le plan de l'efficacité. Il serait environ 27 % moins coûteux à pathologie égale que le secteur public⁷². Cela ne signifie pas pour autant que les établissements privés négligent la qualité des soins afin d'économiser sur les coûts. Bien que la taille des établissements et la qualité des services offerts varient sensiblement d'un établissement à l'autre, une étude a montré que le taux de mortalité dans les hôpitaux privés à but lucratif en France, après ajustement pour tenir compte de la gravité des cas, est inférieur à celui des autres établissements⁷³.

L'accès aux soins prodigués par les établissements privés à but lucratif n'est pas non plus réservé uniquement à ceux qui ont les moyens de payer. Tous les Français peuvent choisir de s'y faire soigner et les soins sont couverts par le régime public d'assurance maladie, une des principales branches de la Sécurité sociale⁷⁴.

Le secteur privé s'est davantage implanté dans les régions plus pauvres de la France, là où le secteur public n'a pas su répondre adéquatement aux besoins de la population. Alors qu'il n'existe qu'une seule clinique de plus de 200 lits à Paris, et aucune dans le département voisin des Hauts-de-Seine, le plus riche de France, on dénombre sept établissements de 200 lits et plus en Seine-Saint-Denis, le département le plus pauvre de la région parisienne⁷⁵.

Le régime hospitalier français assure non seulement un accès universel aux soins pour l'ensemble des citoyens, sans égard aux moyens financiers des patients, mais il le fait aussi sans devoir rationner les services par des files d'attente, comme c'est le cas au Québec. Le système français y parvient moins par la taille de ses effectifs médicaux que par les mécanismes en place qui incitent les établissements à utiliser au mieux les ressources médicales disponibles pour traiter le plus grand nombre de cas possible dans les meilleurs délais.

« Le taux de mortalité dans les hôpitaux privés à but lucratif en France, après ajustement pour tenir compte de la gravité des cas, est inférieur à celui des autres établissements. »

Le mode de financement des hôpitaux en France fournit ce genre d'incitations. Depuis 2004, une nouvelle tarification à l'activité (T2A) est venue remplacer progressivement l'ancien mode de financement, sur une base historique, des hôpitaux publics. La mise en place d'un système de tarification à l'activité offre maintenant l'avantage de permettre à tous les hôpitaux d'être remboursés en fonction du nombre et de la complexité des cas traités, contrairement à la méthode de financement par budgets globaux (voir chapitre 5).

Depuis la réforme du financement des hôpitaux, on observe une hausse marquée de la productivité des établissements publics en raison de la plus forte concurrence venant des cliniques privées⁷⁶. La mise en concurrence a également encouragé les établissements à chercher à mieux maîtriser les coûts et à réduire la durée de séjour⁷⁷. Étant donné que le mode de financement des hôpitaux tient compte

72. Ministère [français] de la Santé et du Sport, *Rapport 2009 au Parlement sur la convergence tarifaire*.

73. Carine Milcent, « Hospital ownership, reimbursement system and mortality rates », *Health Economics*, vol. 14, no 11, 2005, p. 1151-1168.

74. Karine Chevreul et al., « France: health system review », *Health systems in transition*, vol. 12, no 6, 2010, European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization, p. 53-55.

75. Victor Mennessier, *La place du privé dans le système hospitalier français*, Allocution dans le cadre d'une conférence organisée par l'Institut économique de Montréal, 16 octobre 2008.

76. Zeynep Or, Julia Bonastre, Florence Journeau et Clément Nestrigue, *Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A*, Document de travail no 56, Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, avril 2013; Philippe Choné, Franck Evain, Lionel Wilner et Engin Yilmaz, *Introducing activity-based payment in hospital industry : Evidence from French data*, Document de travail G2013/11, Institut national de la statistique et des études économiques, novembre 2013.

77. Franck Evain, « Hospitalisation de court séjour – Évolution des parts de marché entre 2003 et 2011 », *Études & Résultats*, no 854, octobre 2013.

des complications et de la gravité des cas traités, on remarque une prise en charge des cas lourds dans les cliniques privées comparable à celle des hôpitaux publics⁷⁸.

Le système de santé mixte français se démarque par son excellence à l'échelle mondiale. Il a acquis une certaine notoriété au début du siècle en étant classé au premier rang sur 191 pays par l'Organisation mondiale de la santé⁷⁹. Les indicateurs de santé en France, à l'image des mesures de satisfaction de la population à l'égard du système lui-même⁸⁰, figurent parmi les plus élevés au monde. Par exemple, au chapitre de l'espérance de vie à 65 ans et de la mortalité infantile, la France devance presque tous les pays développés, y compris le Canada (et le Québec). Depuis 1997, le système de santé français arrive au premier rang mondial au chapitre du taux de mortalité évitable en raison de causes liées à des soins de santé déficients⁸¹. Ainsi, le risque qu'un patient atteinte d'une maladie pour laquelle des traitements efficaces existent décède, faute d'avoir reçu les soins appropriés en temps requis, est moindre en France que dans tout autre pays.

L'Allemagne

En Allemagne, les hôpitaux sont soit publics (généralement municipaux), privés sans but lucratif (souvent administrés par une organisation religieuse) ou privés à but lucratif. On y comptait un total de 2064 hôpitaux offrant des soins de courte durée en 2010, répartis de façon à peu près égale entre les trois catégories⁸². Les hôpitaux privés sont généralement intégrés au système de santé public et traitent tous les patients, pas seulement ceux qui ont souscrit une assurance privée.

À la fin des années 1980 et au début des années 1990, plusieurs hôpitaux publics en Allemagne faisaient face à des déficits récurrents et leurs infrastructures se dégradaient progressivement. C'est à ce moment que furent levées, dans plusieurs *länder*, les législations interdisant la privatisation des hôpitaux publics⁸³. Le nombre d'hôpitaux privés à but lucratif a ainsi augmenté de 90 % de 1991 à 2010, alors que le nombre d'hôpitaux publics a diminué de 43 %⁸⁴. Cela a permis d'améliorer significativement l'efficacité de ces hôpitaux⁸⁵.

« Les hôpitaux privés sont généralement intégrés au système de santé public et traitent tous les patients, pas seulement ceux qui ont souscrit une assurance privée. »

Les hôpitaux allemands privés à but lucratif prodiguent des soins de qualité supérieure à ceux donnés par les hôpitaux publics ou sans but lucratif⁸⁶. Le temps d'attente avant de recevoir un traitement après avoir consulté un spécialiste est également plus court dans ces hôpitaux. Ils admettent les patients 16,4 % plus rapidement que les hôpitaux sans but lucratif et 3,1 % plus rapidement que les hôpitaux publics⁸⁷. Il n'existe par ailleurs aucune différence entre les hôpitaux privés à but lucratif et les hôpitaux publics en matière de qualité des services d'urgence ou d'accès à ceux-ci⁸⁸.

Dans les comparaisons entre le secteur public et le secteur privé, on entend souvent le stéréotype voulant que le secteur privé ait des patients moins

78. Olivier Guérin et Jocelyn Husser, « Les effets incitatifs de la T2A pour les établissements de soins : vers une nouvelle répartition des actes médicaux? » *Vie et Sciences de l'entreprise*, no 189, 2011, p. 12-22.

79. Organisation mondiale de la santé, *Rapport sur la santé dans le monde : pour un système plus performant*, 2000.

80. Commission européenne, *Health and long-term care in the European Union*, Special Eurobarometer 283, décembre 2007.

81. Ellen Nolte et Martin McKee, « Variations in amenable mortality – Trends in 16 high-income nations », *Health Policy*, vol. 103, no 1, 2011, p. 47-52; Juan J. Gay et al., *Mortality Amenable to Health Care in 31 OECD Countries: Estimates and Methodological Issues*, OECD Health Working Papers, no 55, 2011.

82. Economist Intelligence Unit, *Germany: Healthcare and Pharmaceuticals Report*, décembre 2011.

83. Patrick Jeurissen, *For-profit hospitals: A comparative and longitudinal study of the for-profit hospital sector in four Western countries*, Doctoral thesis, Erasmus University, Rotterdam, p. 145-147.

84. Statistisches Bundesamt, *Grunddaten der Krankenhäuser*, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, 2011, p. 13.

85. Oliver Tiemann et Jonas Schreyögg, « Changes in Hospital Efficiency after Privatization », *Health Care Management Science*, vol. 15, no 4, 2012, p. 310-326.

86. Oliver Tiemann et Jonas Schreyögg, « Effects of Ownership on Hospital Efficiency in Germany », *Business Research*, vol. 2, no 2, 2009, p. 115-145.

87. Björn A. Kuchinke, Dirk Sauerland et Ansgar Wübker, *Determinanten der Wartezeit auf einen Behandlungstermin in deutschen Krankenhäusern: Ergebnisse einer Auswertung neuer Daten*, Technische Universität Ilmenau, 2008.

88. Barbara Hogan et Ulrike Güssow, « Notfallmanagement im Krankenhaus Stellenwert einer Notaufnahmestation », *Klinikarzt*, vol. 38, no 1, 2009, p. 16-20.

« difficiles ». La perception voudrait que les hôpitaux privés se trouvent uniquement dans des milieux urbains ayant une forte densité de population et un pouvoir d'achat supérieur à la moyenne. Les données allemandes montrent que ce n'est pas le cas. Les entreprises privées à but lucratif semblent avoir développé les solutions les plus appropriées aux régions rurales, où seuls les projets de petits hôpitaux (moins de 200 lits) sont réalisables et où un fonctionnement et une affectation des ressources efficaces sont cruciaux afin de prodiguer les soins requis par la population locale⁸⁹. Au début des années 2000, c'est notamment la société Rhön-Klinikum, propriétaire d'une importante chaîne d'hôpitaux privés, qui a joué un rôle précurseur dans le développement de services de télémédecine visant à mieux desservir les patients des régions éloignées⁹⁰.

« Les longues périodes d'attente à l'urgence, un phénomène omniprésent dans les hôpitaux québécois, sont inconnues en Allemagne. »

L'accès à du capital supplémentaire sur les marchés privés met les hôpitaux à but lucratif dans une meilleure position quand vient le temps de réaliser des investissements requis, particulièrement ceux qui réduisent les coûts de fonctionnement (par exemple, en favorisant les économies d'énergie)⁹¹. C'est dans les hôpitaux privés à but lucratif que l'on retrouve les investissements les plus élevés en fonction du nombre de cas (64 % de plus que dans les hôpitaux publics). Ces investissements leur donnent la possibilité d'offrir les traitements les plus récents et de se procurer de l'équipement médical à la fine pointe.

Étant soumis à des mécanismes de transparence et d'assurance qualité très stricts (voir chapitre 6)⁹²,

les hôpitaux privés à but lucratif ne peuvent pas réduire la qualité des soins afin de bonifier leurs profits. Une telle façon de faire nuirait grandement à leur réputation et à leur capacité d'attirer des patients, sources de revenus. Les vérifications de qualité ont d'ailleurs permis de constater que le nombre de cas problématiques est 9 % plus élevé (par 100 hôpitaux) dans les hôpitaux publics que dans les hôpitaux privés à but lucratif⁹³.

Contrairement à la plupart des hôpitaux au Québec, les hôpitaux allemands ne possèdent pas un budget global, mais sont plutôt remboursés en fonction du nombre et du type de cas traités⁹⁴ (voir chapitre 5). Depuis la mise en place de ce nouveau système de remboursement en 2004, les incitations ont changé et l'efficacité des hôpitaux s'est accrue dans l'ensemble du réseau⁹⁵. Les hôpitaux se concurrencent pour attirer des patients, qui sont libres de choisir d'être traités dans n'importe quel établissement intégré au système de santé public. Ce mode de fonctionnement mène à une prestation des soins de santé plus centrée sur le patient et évite les problèmes de rationnement par listes d'attente. Ainsi, les délais pour recevoir des soins sont nettement plus courts qu'au Québec⁹⁶. Les longues périodes d'attente à l'urgence, un phénomène omniprésent dans les hôpitaux québécois, sont par ailleurs inconnues en Allemagne.

La réforme et ses avantages

Les décideurs devraient favoriser l'émergence d'un véritable marché de l'hospitalisation privée au Québec. Comme on l'a vu, l'absence d'hôpitaux privés est un phénomène rare parmi les pays développés membres de l'OCDE. Cela viendrait accentuer la concurrence et donner plus de choix aux patients, deux facteurs pouvant contribuer

89. Boris Augurzky, Andreas Beivers, Günter Neubauer et Christoph Schwierz, *Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft*, RWI, 2009, p. 24.

90. Barrie Dowdeswell, « Rhön-Klinikum Group, Germany », dans Bernd Rechel *et al.* (dir.), *Capital investment for health: case studies from Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization, 2009, p. 143-157.

91. Christoph Schwierz, « Expansion in Markets with Decreasing Demand – For-Profits in the German Hospital Industry », *Health Economics*, vol. 20, no 6, 2011, p. 675-687.

92. Reinhard Busse, Ulrike Nimptsch et Thomas Mansky, « Measuring, Monitoring, And Managing Quality In Germany's Hospitals », *Health*

Affairs, vol. 28, no 2, 2009, p. w294-w304.

93. Germany's Federal Office for Quality Assurance (BQS).

94. German Institute of Medical Documentation and Information, *Reimbursement System for German Hospitals*.

95. Wilm Quentin, Alexander Geissler, David Scheller-Kreinsen et Reinhard Busse, « DRG-type hospital payment in Germany: The G-DRG system », *Euro Observer*, vol. 12, no 3, 2010, p. 4-6.

96. Jean-Frédéric Lévesque et Mike Benigeri, *L'expérience des soins des personnes représentant les plus grands besoins, le Québec comparé*, Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2011, Le Commissaire à la santé et au bien-être, Gouvernement du Québec, 2012.

grandement à rehausser le niveau de qualité des services hospitaliers.

Les études économiques montrent que les hôpitaux privés (à but lucratif ou non) surpassent généralement ceux du secteur public en termes d'efficacité et de qualité des soins⁹⁷. La recherche du profit est à l'origine du succès des hôpitaux privés à but lucratif. Puisque les investisseurs s'attendent à recevoir un rendement adéquat en échange des fonds qu'ils ont versés, la direction de l'hôpital a une forte incitation à accroître son efficacité. Ainsi, les réorganisations nécessaires dans les pratiques de l'hôpital et les plans de restructuration sont mis en œuvre plus rapidement.

« L'arrivée dans le secteur hospitalier de cliniques privées spécialisées pousse généralement les autres hôpitaux à améliorer leur efficacité par le biais de l'augmentation de la concurrence. »

Les hôpitaux privés se concentrent également sur la mission centrale de leur entreprise : soigner les patients. Par conséquent, des activités secondaires comme l'administration des services de restauration et d'approvisionnement ou la gestion des locaux sont souvent confiées à d'autres entreprises qui détiennent ces champs d'expertise. À l'inverse, les hôpitaux publics ont tendance à conserver la gestion de plusieurs services secondaires, ce qui hausse leurs coûts de fonctionnement et nuit à la poursuite de leur mission première.

Il existe certaines inquiétudes à l'égard du secteur privé qui, lorsqu'on y réfléchit, ne sont pas justifiées. Par exemple, des critiques à l'ouverture au privé font souvent valoir que les pathologies les moins coûteuses seraient prises en charge par les hôpitaux privés à but lucratif et que les cas difficiles et risqués seraient laissés aux hôpitaux publics⁹⁸.

Or, dans un contexte de concurrence et de transparence où les établissements sont rémunérés en fonction de la gravité des cas et de la complexité des pathologies, cette situation ne risque pas de survenir, comme nous le montrent les expériences étrangères⁹⁹. Rejeter les cas lourds ne peut que nuire à la réputation d'une clinique et lui faire perdre des clients potentiels, et donc, de précieux revenus.

Évidemment, dans un contexte marqué par la présence d'hôpitaux privés de petite taille uniquement, les hôpitaux publics (universitaires, en particulier) demeurent souvent les endroits les mieux adaptés pour traiter les cas d'une plus grande complexité étant donné les équipements et les installations d'envergure que cela requiert. Néanmoins, comme l'ont montré les économistes Daniel Kessler et Jeffrey Geppert de l'Université Stanford, il ne s'ensuit pas forcément une baisse d'efficacité ni une dégradation de la qualité des services de santé¹⁰⁰.

Au contraire, la spécialisation est plutôt susceptible de permettre une meilleure affectation des patients entre les différents types d'établissements en fonction des avantages comparatifs de chacun. En effet, n'étant pas confrontés aux mêmes impondérables que les hôpitaux universitaires qui obligent souvent ceux-ci à reporter des chirurgies électives, les centres spécialisés peuvent généralement réaliser un plus grand nombre d'interventions dans des délais plus rapides. Ces centres développent ainsi une expertise qui mène à une amélioration de la qualité des soins prodigués aux patients, comme le confirment de nombreuses études¹⁰¹.

il d'une présence accrue du privé en santé? », Note socio-économique, Institut de recherche et d'informations socio-économiques, février 2008.

99. Frank A. Sloan, Justin G. Trogon, Lesley H. Curtis et Kevin Schulman, « Does the ownership of the admitting hospital make a difference? Outcomes and process of care of Medicare beneficiaries admitted with acute myocardial infarction », *Medical Care*, vol. 41, no 10, 2003, p. 1193-1205; Bimal R. Shah *et al.*, « The impact of for-profit hospital status on the care and outcomes of patients with Non-ST-Segment elevation myocardial infarction: Results from the CRUSADE initiative », *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 50, no 15, 2007, p. 1462-1468.

100. Daniel P. Kessler et Jeffrey J. Geppert, « The effect of competition on variation in the quality and cost of medical care », *Journal of Economics & Management Strategy*, vol. 14, no 3, 2005, p. 575-589.

101. Peter Cram *et al.*, « A comparison of total hip and knee replacement in specialty and general hospitals », *Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 89, 2007, p. 1675-1684; Jonathan R. Clark et Robert S. Huckman, « Broadening focus: spillovers, complementarities, and specialization in the hospital industry », *Management Science*, vol. 58, no 4, 2012,

97. Voir notamment Paul H. Jensen, Elizabeth Webster et Julia Witt, « Hospital type and patient outcomes: An empirical examination using AMI readmission and mortality records », *Health Economics*, vol. 18, 2009, p. 1440-1460; Karen Eggleston *et al.*, « Hospital ownership and quality of care: what explains the different results in the literature? », *Health Economics*, vol. 17, 2008, p. 1345-1362.

98. Guillaume Hébert et Jean-François Landry, « Le Québec bénéficierait-

Qui plus est, on observe que l'arrivée dans le secteur hospitalier de cliniques privées spécialisées pousse généralement les autres hôpitaux à améliorer leur efficacité par le biais de l'augmentation de la concurrence¹⁰². Cela se traduit par une augmentation de la productivité dans l'ensemble des établissements du réseau, et plus de patients parviennent ainsi à recevoir leurs soins en temps opportun.

Enfin, certains s'opposent à une plus grande participation du secteur privé en affirmant que cela drainerait de précieuses ressources médicales du secteur public, entraînant du même coup une détérioration de la qualité des services et un allongement de l'attente. Cet argument est contestable à plus d'un titre. D'abord, on peut raisonnablement penser que des médecins compétents et ambitieux voudront toujours traiter des cas plus complexes, ne serait-ce que pour obtenir la reconnaissance des pairs, sinon une certaine notoriété. Ensuite, en contribuant à hausser la productivité du secteur hospitalier comme on vient de le voir, les hôpitaux et les cliniques privés sont au contraire susceptibles de libérer des ressources médicales pour traiter davantage de patients dans le secteur public et par conséquent diminuer globalement les temps d'attente.

p. 708-722; R. J. Critchley, P. N. Baker et D. J. Deehan, « Does surgical volume affect outcome after primary and revision knee arthroplasty? A systematic review of the literature », *The Knee*, vol. 19, no 5, 2012, p. 513-518; Piet N. Post *et al.*, « The relationship between volume and outcome of coronary interventions: A systematic review and meta-analysis », *European Heart Journal*, vol. 31, 2010, p. 1985-1992.

102. Daniel P. Kessler et Mark B. McClellan, « The effects of hospital ownership on medical productivity », *RAND Journal of Economics*, vol. 33, no 3, 2002, p. 488-506; Philippe Choné, Franck Evain, Lionel Wilner et Engin Yilmaz, *op. cit.*, note 76.

CHAPITRE 3

Accroître le financement de la santé par l'entremise de l'assurance maladie privée duplicative

Mise en contexte

Dans une décision rendue en juin 2005, la Cour suprême du Canada a statué que l'interdiction de souscrire une assurance maladie privée brime le droit à la vie et à la sécurité des patients et va à l'encontre de la *Charte québécoise des droits et liberté de la personne*¹⁰³. Le jugement s'appuyait sur la prémisse selon laquelle les délais d'attente dans le réseau public de santé provoquent des souffrances et des blessures irréremédiables pour les patients, voire des décès prématurés dans certains cas¹⁰⁴.

Cette décision de la Cour a invalidé deux dispositions de la législation québécoise en matière de santé, soit l'article 11 de la *Loi sur l'assurance hospitalisation* et l'article 15 de la *Loi sur l'assurance maladie*.

En principe, il est donc désormais possible pour les Québécois, depuis l'adoption d'un projet de loi déposé à l'Assemblée nationale en décembre 2006, de souscrire une assurance privée duplicative pour un certain nombre de traitements médicaux et chirurgicaux, tels le remplacement de la hanche ou du genou, et l'extraction de cataractes.

En pratique cependant, aucun véritable marché pour ce type d'assurance n'a émergé encore, le nombre de chirurgies admissibles demeurant trop peu élevé pour que de nouveaux produits d'assurance intéressants pour des individus et des employeurs apparaissent¹⁰⁵. À l'heure actuelle, des cinq catégories

d'assurance maladie privée, la seule disponible pour les Québécois est l'assurance supplémentaire, qui couvre les extras ou les services non assurés par le régime public (voir Encadré 1).

Les expériences étrangères

L'assurance maladie duplicative, qui permet de se faire soigner dans des hôpitaux privés tout en gardant la couverture offerte par le régime public, est disponible dans un grand nombre de pays de l'OCDE dont l'Angleterre, l'Australie, le Danemark, l'Espagne, la Finlande, la Grèce, l'Irlande, l'Italie, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, le Portugal et la Suède (voir Tableau 2). Elle peut même attirer une importante partie de la population comme en Australie et en Irlande, où près de la moitié de la population en possède une¹⁰⁶.

Comme l'ont souligné avec justesse des économistes de l'OCDE qui ont analysé de manière exhaustive les différents types d'assurances privées à l'échelle internationale, « dans les pays où elle joue un rôle prépondérant, l'assurance maladie privée a injecté des ressources dans les systèmes de santé, élargi le choix offert aux consommateurs et rendu ces systèmes plus réactifs »¹⁰⁷.

Le Danemark

Au début des années 1990, le problème des listes d'attente dans le réseau public de santé au Danemark devenait de plus en plus préoccupant. À ce moment, l'assurance maladie privée duplicative était permise mais très peu de gens en possédaient une¹⁰⁸.

Cela a changé en 2002 lorsque le gouvernement a pris la décision de rendre déductibles d'impôt les dépenses d'entreprises consacrées à l'achat de

103. *Chaoulli c. Québec (Procureur général)*, [2005] CSC 35.

104. Sylvie Bourdeau, « Le projet de Loi no 33 est en vigueur...il autorise les cliniques privées et l'assurance santé privée au Québec », *Bulletin sur le droit de la santé*, Fasken Martineau, février 2008.

105. Mathieu Perreault, « Pas encore d'assurances privées », *La Presse*, 23 avril 2010; Colleen M. Flood et Bryan Thomas, « Blurring of the Public/Private divide : The Canadian chapter », *European Journal of*

Health Law, vol. 17, 2010, p. 268-269.

106. En Australie, le pourcentage s'élève à 46,9 %. Private Health Insurance Administration Council, Quarterly statistics, juin 2013. En Irlande, 43 % de la population adhèrent à un régime d'assurance maladie privé. Millward Brown Lansdowne, *Report on the health insurance market*, Health Insurance Authority, 2012, p. 3.

107. Francesca Colombo et Nicole Tapay, *Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems*, OECD Health Working Papers, no 15, 2004, p. 5.

108. Jeppe Dorup Olesen, « Policymaking without Policy Choice: The Rise of Private Health Insurance in Denmark », *Journal of Public Policy*, vol. 23, no 3, 2009, p. 281.

Encadré 1 Les catégories d'assurance-maladie privée

Primaire principale : Couvre les soins médicaux de personnes qui n'ont pas légalement accès au régime public.
(Non applicable au Québec)

Primaire substitutive : Couvre les soins médicaux de personnes qui ont le choix de substituer une assurance privée à la couverture publique.
(Illégale au Québec)

Duplicative : Couvre les soins médicaux de personnes qui continuent à avoir accès au régime public (et qui sont obligées d'y contribuer avec leurs impôts), mais souhaitent être traitées dans un secteur privé parallèle.
(Légale au Québec depuis 2006 pour un nombre restreint de chirurgies non urgentes, bien qu'aucun marché n'ait émergé depuis)

Complémentaire : Couvre la part à la charge de l'assuré (copaiements ou coassurance) dans l'assurance-maladie publique.
(Non disponible au Québec dans la mesure où les copaiements ou la coassurance ne sont pas permis)

Supplémentaire : Couvre les extras ou services non assurés par le régime public.
(Légalement permise au Québec)

Source : Organisation de coopération et de développement économiques, « L'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE », *L'Observateur de l'OCDE*, novembre 2004.

telles polices d'assurance pour leurs employés¹⁰⁹. Ce moment a marqué le coup d'envoi d'un véritable marché d'assurance maladie privée au Danemark. Au cours de la décennie suivante, le nombre de Danois souscrivant une assurance privée duplicative a ainsi connu une croissance fulgurante. Alors qu'en 2001, moins de 1 % de la population adhéraient à un régime privé d'assurance leur permettant de couvrir les soins offerts dans des hôpitaux et cliniques privés¹¹⁰, ce pourcentage a grimpé à plus de 30 % en 2011¹¹¹.

Dès le début, l'assurance privée duplicative a rapidement bénéficié d'un appui important au sein de la population, et pas seulement chez les plus nantis. En 2002, un sondage révélait déjà que près de deux travailleurs non qualifiés sur trois montraient un vif intérêt pour ce type d'avantage social. De nos jours, les trois quarts des Danois voient d'un bon œil le rôle joué par l'assurance-maladie privée dans leur système de santé¹¹². Les syndicats ne s'y opposent plus, compte tenu de l'attrait qu'elle représente pour leurs membres, incluant les plus bas salariés¹¹³. Certains d'entre eux représentant des employés du secteur public ont même négocié ce type d'avantage pour leurs membres (policiers, enseignants, etc.)¹¹⁴.

109. Bien que diverses études aient établi que le gouvernement en retirait des bénéfices sur le plan des finances publiques, le gouvernement a décidé de retirer cet avantage fiscal en 2012. Voir Mia Amalie Holstein, *sundhedsforsikringer giver en svag forbedring af de offentlige finanser*, CEPOS, novembre 2010; Christina Gordon Stephansen, *Sundhedsforsikringer forkorter det langvarige syge-fravær på grund af hurtigere behandling*, Danish Insurance Association.

110. Jeppe Dørup Olesen, *op. cit.*, note 108, p. 264.

111. Cette estimation provient d'un calcul simple : 21 % de la population détient une assurance privée duplicative auprès d'une compagnie privée à but lucratif. Voir Statistics Denmark, *Tableau BEF5: Population – 1 January, by sex, age and country of birth*; Forsikring & Pension, *Sundhedsforsikring Antal forsikrede, præmier og erstatninger*. Le pourcentage de Danois qu'on estime souscrire une assurance duplicative auprès de la compagnie sans but lucratif

Sygeforsikringen danmark est de 11,38 %. Voir Astrid Kiil et Kjell Møller Pedersen, *The Danish Survey on Voluntary Health Insurance 2009: Data documentation: Population, Design, and Descriptive Statistics*. Document de recherche, University of Southern Denmark, 2009, p. 23.

112. Forsikring & Pension, *Danskernes syn på sundhedsforsikringer*, juin 2009.

113. Jeppe Dørup Olesen, *op. cit.*, note 108, p. 281.

114. Karsten Vrangbaek, « Privatization via PHI and waiting time guarantee », *Health Policy Monitor*, survey no 11, avril 2008.

Tableau 2
Pourcentage de la population détenant une assurance maladie privée duplicative,
différents pays de l'OCDE

PAYS	POURCENTAGE D'ASSURÉS	TRAITEMENT FISCAL
Angleterre (2012)	16 %	Encouragement fiscal pour les assurés de 60 ans et plus (1990-1997). Les services de santé ne sont pas assujettis à la taxe de vente.
Australie (2013)	47 %	Crédit d'impôt pouvant aller jusqu'à 40 % des primes d'assurance, variant en fonction du revenu et de l'âge des assurés; contribution fiscale supplémentaire d'au plus 1,5 % pour les personnes à hauts revenus n'ayant pas souscrit une assurance privée; primes moins élevées à vie pour les personnes qui adhèrent à un régime d'assurance privée avant 30 ans.
Danemark (2012)	32 %	Dépenses des entreprises consacrées à l'achat de polices d'assurance privée déductibles d'impôt si tous les employés sont couverts (2002-2012).
Espagne (2011)	18 %	Les polices d'assurance privée offertes par les employeurs ne sont pas des avantages imposables pour les employés et leurs dépendants.
Irlande (2011)	43 %	Crédit d'impôt de 20 % sur les primes d'assurance jusqu'à un maximum de 1000 euros par année.
Italie (2001)	21 %	19 % des dépenses consacrées à l'achat de polices d'assurance privée déductibles d'impôt jusqu'à un maximum de 1250 euros par année.
Norvège (2011)	Plus de 5 %	Aucun encouragement fiscal particulier
Nouvelle-Zélande (2013)	30 %	Aucun encouragement fiscal particulier. Projet de loi proposant un crédit d'impôt de 25 % sur l'achat de polices d'assurance déposé en septembre 2013
Portugal (2006)	20 %	Crédit d'impôt de 10 % sur les primes d'assurance jusqu'à un maximum de 100 euros (variant selon le revenu).
Suède (2011)	4-5 %	Aucun encouragement fiscal particulier.

Sources (pourcentage d'assurés) : ANG : Mark Dusheiko, « Patient choice and mobility in the UK health system: internal and external markets », dans Rosella Levaggi et Marcello Montefiori (dir.), *Health care provision and patient mobility: Health Integration in the European Union*, Springer-Verlag, 2014, p. 83; Ian W. H. Parry, « Comparing the welfare effects of public and private health care subsidies in the United Kingdom », *Journal of Health Economics*, vol. 24, 2005, p. 1191-1209. AUS : Private Health Insurance Administration Council, Quarterly statistics, mars 2013. DAN : Astrid Kiil et Kjell Møller Pedersen, *The Danish Survey on Voluntary Health Insurance 2009: Data documentation: Population, Design, and Descriptive Statistics*. Document de recherche, University of Southern Denmark, 2009, p. 23; Statistics Denmark, Tableau BEF5: Population – 1 January, by sex, age and country of birth; Forsikring & Pension, *Sundhedsforsikring Antal forsikrede, præmier og erstatninge*. ESP : Lourdes Lostao, David Blane, David Gimeno, Gopalakrishnan Netuveli et Enrique Regidor, « Socioeconomic patterns in use of private and public health services in Spain and Britain: implications for equity in healthcare », *Health & Place*, vol. 25, no 1, 2014, p. 23. IRL : Millward Brown Lansdowne, *Report on the health insurance market*, Health Insurance Authority, 2012, p. 3. ITA : Daniele Fabbri et Chiara Monfardini, *Opt out or top up? Voluntary healthcare insurance and the public vs. Private substitution*, Document de travail no 5952, Institute for the Study of Labor (IZA), septembre 2011. NOR : Commonwealth Fund, « The Norwegian Health Care System », *International Profiles of Health Care Systems 2013*, The Commonwealth Fund, 2013, p. 105. NZ : Health Funds Association of New Zealand, « Health insurers fund record level of treatments », *Cover Stories: Health insurance news*, vol. 7, no 2, septembre 2013, p. 4. POR : Pedro Pita Barros, Rita Cristovão et Pedro Andrade Gomes, « Portugal », dans Luigi Siciliani, Michael Borowitz et Valérie Moran (dir.), *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, OECD Health Policy Studies, 2013, p. 238. SUË : Anders Anell, Anna H. Glennard et Sherry Merkur, « Sweden: Health system review », *Health Systems in Transition*, vol. 14, no 5, 2012.

Sources (encouragements fiscaux) : AUS : Australian government, Private Health Insurance Ombudsman. EUR : Sarah Thompson et Elias Mossialos, *Private health insurance in the European Union*, Final report prepared for the European Commission, LSE Health and Social Care, London School of Economics and Political Science, juin 2009, p. 71-74. NZ : New Zealand Parliament, *Affordable Healthcare Bill*, septembre 2013.

Selon une étude récente, l'assurance privée duplicative a permis de réduire significativement la pression dans le réseau hospitalier public et d'améliorer l'accès aux soins¹¹⁵. Même si les dépenses liées à l'assurance maladie privée demeurent modestes, elles ont mené à une réduction annuelle de 10 % de l'utilisation des services hospitaliers publics selon les chercheurs danois qui en ont évalué l'impact. Cette politique a donc un rôle à jouer dans la forte diminution du temps d'attente pour obtenir une chirurgie électorive dans l'ensemble du réseau de la santé, qui est passé de 90 jours en moyenne en 2001 à 52 jours en 2012, une baisse de 42 %¹¹⁶.

« À l'heure actuelle, des cinq catégories d'assurance maladie privée, la seule disponible pour les Québécois est l'assurance supplémentaire. »

Les détenteurs de polices d'assurance privées, en choisissant de se faire traiter dans le réseau privé tout en continuant de contribuer au financement du système public, permettent ainsi à ceux qui optent pour le réseau public de recevoir leurs soins plus rapidement. Loin d'être pénalisés, les gens à faibles revenus en retirent plutôt des bénéfices. Selon les données compilées par la Commission européenne, à peine 0,4 % des Danois appartenant au quintile de revenus inférieur (les 20 % les plus pauvres) ont rapporté avoir des besoins non satisfaits en matière de soins de santé en 2012, l'une des plus faibles proportions d'Europe¹¹⁷.

La présence d'un marché de l'assurance privée duplicative n'a pas non plus mené à de plus grandes inégalités en ce qui concerne l'accès à des services médicaux. Dans une analyse récente portant sur 19 pays, des chercheurs de l'OCDE ont constaté que le Danemark était le pays le plus égalitaire en cette matière, suivi du Royaume-Uni. Parmi les pays analysés, le Danemark est en effet le seul où

la probabilité de consulter un médecin est plus élevée chez les personnes à bas revenus (quintile inférieur) que chez celles à hauts revenus (quintile supérieur)¹¹⁸. Les données montrent également que le temps d'attente pour une chirurgie électorive dans l'ensemble du réseau ne varie pas en fonction du revenu des patients¹¹⁹.

Malgré l'engouement suscité et contrairement à certaines appréhensions, l'émergence d'un marché privé de l'assurance au Danemark n'a pas érodé l'appui général de la population vis-à-vis du système public de santé¹²⁰. Ainsi, contrairement à l'argument souvent invoqué par des partisans du maintien du monopole étatique, l'existence d'un marché d'assurance privée ne mène pas nécessairement à une réduction du financement ni à une dégradation du système public de santé. On constate plutôt que les dépenses publiques de santé par habitant sont plus élevées au Danemark (3827 \$US, à parité des pouvoirs d'achat) qu'au Canada (3146 \$US, à parité des pouvoirs d'achat), et qu'elles ont continué d'augmenter durant la dernière décennie¹²¹.

La réforme et ses avantages

L'assurance privée duplicative devrait être légalement permise pour couvrir les frais d'hospitalisation de toutes les chirurgies électorives dans des établissements de santé privés (et pas seulement le remplacement de la hanche et du genou, l'extraction des cataractes ou quelques autres chirurgies mineures, comme c'est le cas actuellement).

Afin de faciliter l'émergence d'un tel marché d'assurance, le gouvernement devrait, par le biais de la fiscalité, viser à alléger le montant des primes à verser pour les assurés¹²². À l'heure actuelle, un

115. Rikke Søgaard, Morten Saaby Pedersen et Mickael Bech, « To what extent does employer-paid health insurance reduce the use of public hospitals? », *Health Policy*, vol. 113, 2013, p. 61-68.

116. Danish Ministry of Health, *Udviklingen i gennemsnitlige erfarede ventetid til operation, 2001-2009* [Évolution de l'attente moyenne expérimentée pour une chirurgie, 2001-2009], mai 2010; Statens Serum Institut, *Erfarede ventetid for alle opererede patienter*, 2005-2012.

117. Eurostat, Besoins non satisfaits d'examen ou de traitement médical, tels que rapportés par soi-même, par quintile de revenu.

118. Le Canada figurait pour sa part parmi les cinq pays les plus inégalitaires (après la Pologne, la Finlande, l'Estonie et les États-Unis). Marion Devaux et Michael de Looper, *Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008-2009*, OECD Health Working Papers no 58, 2012, p. 17.

119. Luigi Siciliani et Rossella Verzulli, « Waiting times and socioeconomic status among elderly Europeans: Evidence from SHARE », *Health Economics*, vol. 18, 2009, p. 1295-1306.

120. Jeppe Dørup Olesen, *op. cit.*, note 108, p. 282.

121. Organisation de coopération et de développement économiques, *Panorama de la santé 2013 – Les indicateurs de l'OCDE*, 2013, p. 155.

122. Les données montrent que les Canadiens sont sensibles à ces incitations. Voir Michael Smart et Mark Stabile, « Tax credits,

contribuable peut demander un crédit d'impôt non remboursable correspondant à 20 % des dépenses pour des frais médicaux (incluant les dépenses liées à une assurance privée) qui excèdent 3 % de son revenu net¹²³. À un tel seuil, la plupart des Québécois doivent toutefois dépenser des centaines ou même des milliers de dollars avant de pouvoir obtenir un remboursement.

La réforme serait donc de permettre l'admissibilité dès le premier dollar dépensé en primes d'assurance privée pour des soins qui sont normalement couverts par le régime public. Le crédit d'impôt proposé ici pourrait être modulé afin d'être plus avantageux pour les gens moins fortunés, à la manière de ce qui se fait actuellement en Australie, où ce crédit peut représenter jusqu'à 40 % de la prime d'assurance chez ceux qui gagnent moins d'un certain seuil de revenus¹²⁴.

« Dans les pays où elle joue un rôle prépondérant, l'assurance maladie privée a injecté des ressources dans les systèmes de santé, élargi le choix offert aux consommateurs et rendu ces systèmes plus réactifs. »

Des études ont montré que subventionner partiellement la couverture d'assurance privée s'avère un moyen moins coûteux et plus efficace de diminuer l'attente dans le système de santé que d'augmenter simplement le financement public¹²⁵. Loin de constituer une « dépense fiscale » nette, la mesure proposée réduirait en fait les dépenses pour le trésor public puisque seule une petite

portion du montant des primes serait financée par le gouvernement, alors que le coût des soins dans le réseau public de santé est assumé à 100 % par les contribuables.

Contrairement à une certaine croyance, l'assurance privée duplicative permettrait d'accroître l'équité du financement des soins de santé, comme l'ont montré les économistes Adam Wagstaff et Eddy Van Doorslaer dans des études abondamment citées¹²⁶. En Angleterre, en Espagne et en Italie, où l'assurance privée duplicative couvre 16, 18 et 21 % de la population respectivement, on s'aperçoit que les services publics de santé sont utilisés d'abord et avant tout par les personnes ayant les moins hauts niveaux de revenus¹²⁷. À l'inverse, les données indiquent que ce sont les plus riches au Canada qui bénéficient généralement d'un accès privilégié au système public de santé¹²⁸, ne serait-ce que par le biais des relations qu'ils possèdent leur permettant de contourner les listes d'attente¹²⁹.

À l'heure actuelle, seules les personnes très riches (ou celles qui sont prêtes à faire d'importants sacrifices financiers) peuvent se permettre de payer de leur propre poche les coûts d'une chirurgie élective dans le secteur privé au Québec. L'assurance maladie privée permettrait à des gens à revenus plus

insurance, and the use of medical care », *Canadian Journal of Economics*, vol. 38, no 2, 2005, p. 345-365; Amy Finkelstein, « The effect of tax subsidies to employer-provided supplementary insurance: evidence from Canada », *Journal of Public Economics*, vol. 84, 2002, p. 305-339.

123. Ministère des Finances et de l'Économie du Québec, *Dépenses fiscales, Édition 2012*, 2013, p. B.75. Un crédit d'impôt similaire existe au niveau fédéral.

124. Private Health Ombudsman, Australian Government Private Health Insurance Rebate, Government of Australia, taux applicables du 1er juillet 2013 au 30 juin 2014.

125. Ian W. H. Parry, « Comparing the welfare effects of public and private health care subsidies in the United Kingdom », *Journal of Health Economics*, vol. 24, 2005, p. 1191-1209; H.E. Frech III et Sandra Hopkins, « Why subsidise private health insurance? », *The Australian Economic Review*, vol. 37, no 3, 2004, p. 243-256.

126. Adam Wagstaff et Eddy Van Doorslaer, « Equity in health care finance and delivery », *Handbook of Health Economics*, vol. 1, 2000, part B, p. 1826; Adam Wagstaff et al., « Equity in the finance of healthcare: some further comparisons », *Journal of Health Economics*, vol. 18, 1999, p. 263-290.

127. Lourdes Lostao, David Blane, David Gimeno, Gopalakrishnan Netuveli et Enrique Regidor, « Socioeconomic patterns in use of private and public health services in Spain and Britain: implications for equity in healthcare », *Health & Place*, vol. 25, no 1, 2014, p. 19-25; Daniele Fabbri et Chiara Monfardini, *Opt Out or Top Up? Voluntary Healthcare Insurance and the Public vs. Private Substitution*, Document de travail no 5952, Institute for the Study of Labor (IZA), septembre 2011; Mark Dusheiko, « Patient Choice and Mobility in the UK Health System: Internal and External Markets », dans Rossella Levaggi et Marcello Montefiori (dir.), *Health Care Provision and Patient Mobility: Health Integration in the European Union*, Springer-Verlag, 2014, p. 83.

128. Louise Pilote et al., « Universal health insurance coverage does not eliminate inequities in access to cardiac procedures after acute myocardial infarction », *American Heart Journal*, vol. 146, 2003, p. 1030-1037; Lori J. Curtis et William J. MacMinn, « Health Care Utilization in Canada: Twenty-five Years of Evidence », *Canadian Public Policy*, vol. 34, no 1, 2008, p. 65-87; Kimberlyn M. McGrail, « Income-related inequities: cross sectional analysis of Medicare services in British Columbia in 1992 and 2002 », *Open Medicine*, vol. 2, no 4, 2008, p. E91-E98.

129. David A. Alter, Antoni S.H. Basinski et C. David Naylor, « A Survey of Provider Experiences and Perceptions of Preferential Access to Cardiovascular Care in Ontario, Canada », *Annals of Internal Medicine*, vol. 129, no 7, 1998, p. 567-572.

modestes d'avoir accès à ce même éventail de services actuellement réservés à une minorité.

Dans la mesure où les adhérents aux régimes d'assurance duplicative utiliseraient le réseau privé tout en continuant de contribuer au financement du système public via leurs impôts, plus de ressources pourraient être consacrées à chaque patient dans le système public. L'accès aux soins dans le réseau public s'en trouverait ainsi amélioré. Cet avantage n'est pas que théorique : c'est la conclusion à laquelle sont arrivés différents chercheurs s'étant penchés sur cette question ces dernières années, notamment au Danemark¹³⁰ et en Australie¹³¹.

**« Afin de faciliter l'émergence
d'un tel marché d'assurance,
le gouvernement devrait, par le biais
de la fiscalité, viser à alléger le montant
des primes à verser pour les assurés. »**

Alors que certains critiques soutiennent que l'assurance privée amènerait les assurés à faire preuve d'une plus grande négligence à l'égard de leur santé et à accroître en fin de compte la demande globale de soins¹³², les faits tendent à démontrer le contraire. En effet, les expériences étrangères nous montrent que les personnes couvertes par une assurance privée se préoccupent tout autant que les autres, sinon davantage, de maintenir de bonnes habitudes de santé, comme participer à des activités sportives ou s'abstenir de fumer¹³³ et qu'elles n'ont pas tendance à

recourir plus souvent au système hospitalier dans son ensemble¹³⁴. Ces détenteurs de polices d'assurance privée présentent généralement une plus grande aversion aux risques et veulent simplement éviter les coûts élevés liés à une incapacité de travailler.

130. Rikke Søgaard, Morten Saaby Pedersen et Mickael Bech, *op. cit.*, note 115.

131. Voir Brian Hanning, « Has the increase in private health insurance uptake affected the Victorian public hospital surgical waiting list? », *Australian Health Review*, vol. 25, no 6, 2002, p. 64-71; Agnes E. Walker *et al.*, « Public policy and private health insurance: distributional impact on public and private hospital usage », *Australian Health Review*, vol. 31, no 2, 2007, p. 305-314; Ian R. Harper, « Health Sense: when spending money saves money », *Policy*, vol. 19, no 3, 2003, p. 19-24; Luigi Siciliani et Jeremy Hurst, « Tackling excessive wait times for elective surgery: a comparative analysis of policies in 12 OECD countries », *Health Policy*, vol. 72, 2005, p. 201-215. D'autres chercheurs soutiennent pour leur part que l'assurance privée n'aurait pas permis de réduire l'attente autant qu'espéré. Ce modèle est cependant moins pertinent dans le cas du Québec, car les patients australiens peuvent utiliser leur assurance privée pour se faire opérer dans les hôpitaux publics, ce qui ne serait pas permis pour les patients québécois sans violer la *Loi canadienne sur la santé*.

132. Odette Madore, *L'assurance santé privée « duplicative » : conséquences possibles pour le Québec et le Canada*, Document de recherche PRB 05-71F, Bibliothèque du Parlement, mars 2006.

133. Christophe Courbage et Augustin de Coulon, « Prevention and

private health insurance in the UK », *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, vol. 29, no 4, 2004, p. 719-727; Reza Rezayatmand, Milena Pavlova et Wim Groot, « Health insurance and the decision to change health-related lifestyles: A case study from the Netherlands », *Health and Ageing*, no 27, 2012, p. 12-15. Par ailleurs, le risque d'adopter des comportements dommageables pour la santé serait plus grand dans le cas de personnes couvertes par un régime public que privé. Voir à ce sujet Jay Bhattacharya, M. Kate Bundorf, Noemi Pace et Neeraj Sood, « Does health insurance make you fat? », dans Michael Grossman et Naci H. Mocan (dir.), *Economic aspects of obesity*, University of Chicago Press, 2011, p. 35-64.

134. Thomas C. Buchmueller, Denzil G. Fiebig, Glenn Jones et Elizabeth Savage, « Preference heterogeneity and selection in private health insurance: The case of Australia », *Journal of Health Economics*, vol. 32, 2013, p. 757-767; Damien S. Eldridge, Ilke Onur, Malathi Velamuri et Catagay Koç, *The impact of private hospital insurance on the utilization of hospital care in Australia*, Document de recherche, La Trobe University, juin 2013.

CHAPITRE 4

Permettre la pratique mixte pour accroître l'offre de médecins spécialistes

Mise en contexte

Plusieurs analystes des politiques de santé évoquent souvent, à tort, la pénurie de médecins comme étant responsable de l'allongement des temps d'attente dans le réseau public. Or, comme l'a souligné une équipe de chercheurs récemment, la plupart des pays où l'attente n'est pas un problème préoccupant misent sur une proportion de médecins inférieure à celle de la moyenne des pays de l'OCDE¹³⁵. Au Québec, malgré une hausse deux fois plus rapide du nombre de médecins que du nombre d'habitants depuis vingt ans¹³⁶, la situation de l'attente a continué de se détériorer.

Ce résultat n'est pas si contre-intuitif qu'il n'y paraît. Plusieurs indices donnent à penser que la principale cause des délais d'attente provient plutôt de la mauvaise allocation des ressources médicales disponibles dans le réseau public. À l'heure actuelle, le volume de travail de plusieurs médecins québécois est limité par des quotas et des règles visant à contenir les coûts. Par exemple, le rationnement du temps opératoire dans les hôpitaux a pour effet de restreindre le nombre d'interventions que peuvent effectuer les médecins spécialistes, aggravant ainsi les temps d'attente. Compte tenu de ces contraintes, de nombreux médecins spécialistes ne peuvent obtenir le temps d'opération désiré et se trouvent bien malgré eux en congé forcé plusieurs semaines par année¹³⁷.

Si certains médecins sont limités dans leur pratique en raison d'un plafond salarial ou d'une contrainte budgétaire d'un hôpital, cela signifie qu'une partie d'entre eux seraient sans doute prêts à travailler davantage si ce travail était rémunérateur.

L'IEDM a mené un sondage au printemps 2009 dans le but d'évaluer si, oui ou non, les médecins spécialistes au Québec seraient prêts à offrir des services au-delà de leur engagement dans le système public, et à quantifier cette offre de réserve, le cas échéant¹³⁸. L'enquête a révélé que près de la moitié des spécialistes (43,6 %) seraient prêts à offrir du temps dans le secteur privé pendant la semaine, au-delà de leur engagement dans le système public. En outre, 38,6 % ont admis être prêts à offrir du temps les soirs de semaine et 30,4 % ont dit qu'ils se porteraient volontaires pour travailler les fins de semaine.

« La principale cause des délais d'attente provient de la mauvaise allocation des ressources médicales disponibles dans le réseau public. »

L'IEDM a également réalisé une évaluation quantitative du temps de réserve des médecins spécialistes. Ces spécialistes ont affirmé être prêts à offrir 3,98 heures par semaine en moyenne durant les jours de semaine, 3,77 heures durant les soirs de semaine et 3,88 heures les fins de semaine. En supposant qu'ils travaillent des semaines de 40 heures, ces nombres d'heures de disponibilité sont équivalents à l'ajout de 790 spécialistes à temps plein durant les jours de semaine, 740 durant les soirs de semaine et 1924 durant les fins de semaine.

La preuve en est donc faite : il existe bel et bien une offre de travail en réserve chez les médecins spécialistes dont se prive le Québec.

135. Michael Borowitz, Valérie Moran et Luigi Siciliani, « Waiting times for health care: A conceptual framework », dans Luigi Siciliani, Michael Borowitz et Valérie Moran (dir.), *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, OECD Health Policy Studies, 2013, p. 25.

136. Institut canadien d'information sur la santé, *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens 2012*, septembre 2013, p. 96; Institut de la statistique du Québec, *Le bilan démographique du Québec*, édition 2013, p. 21.

137. Sur l'utilisation restreinte des blocs opératoires des hôpitaux au Québec, voir Julie Frappier et Mathieu Laberge, « Portrait de l'utilisation des salles d'opération des hôpitaux québécois », *Note*

économique, Institut économique de Montréal, décembre 2007. Voir également « Attente en chirurgie : méchant mal de blocs », *Le Spécialiste*, vol. 14, no HS-1, 2012, p. 6-8; Ariane Lacoursière, « Des salles vides et des listes pleines », *La Presse*, 26 mai 2008, p. A2-A3; Johanne Roy, « Des salles d'opération trop peu accessibles », *Le Journal de Québec*, 2 août 2010, p. 6.

138. Marcel Boyer et Julie Frappier, « Médecins spécialistes au Québec : Évaluation de l'offre de réserve », *Note économique* de l'Institut économique de Montréal, avril 2009.

Tableau 3
Caractéristiques de la mixité de pratique médicale dans différents pays de l'OCDE

Pays	Pourcentage de médecins pratiquant dans le public et le privé	Nombre de médecins par 1000 habitants (2011)
Australie	48 % (2008)	3,3
Autriche	Près de 100 %	4,8
Danemark	15 % (2008)	3,5
Espagne	20 % (2006)	3,8
France	30 % (2005)	3,3
Finlande	33 % (2005)	2,7 (2009)
Irlande	Plus de 90 %	2,7
Norvège	29 % (2005)	3,7
Nouvelle-Zélande	50 % (2009)	2,6
Angleterre	39 % (2012)	2,4
Autres pays de l'OCDE autorisant les médecins à pratiquer à la fois dans le secteur public et le secteur privé : Allemagne, Belgique, États-Unis, Grèce, Italie, Japon, Pays-Bas, Portugal, Suède, Suisse		

Sources (pratique mixte) : ANG : National Audit Office, *Managing NHS Hospital Consultants*, HC 885, Session 2012-13, 6 février 2013, p. 21. AUS : Terence Chai Cheng, Catherine M. Joyce et Anthony Scott, « An Empirical Analysis of Public and Private Medical Practice in Australia », *Health Policy*, vol. 101, 2013, p. 43-51. AUT : Ariadna García-Prado et Paula González, « Whom do physicians work for? An analysis of dual practice in the health sector », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 36, no 2, 2011, p. 273. DAN : Karolina Socha et Mickael Bech, « Dual practitioners are as engaged in their primary job as their senior colleagues », *Danish Medical Journal*, vol. 59, no 2, 2012. ESP : Ariadna García-Prado et Paula González, « Whom do physicians work for? An analysis of dual practice in the health sector », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 36, no 2, 2011, p. 273. FRA : Ketty Attal-Toubert, Hélène Fréchou et François Guillaumat-Tailliet, « Le revenu global d'activité des médecins ayant une pratique libérale », dans *Les revenus d'activité des indépendants, édition 2009*, Institut national de la statistique et des études économiques, septembre 2009, p. 63. FIN : Terhi Kankaanranta et al., « The role of job satisfaction, job dissatisfaction and demographic factors on physicians' intentions to switch work sector from public to private », *Health Policy*, vol. 83, 2007, p. 51. IRL : Miriam M. Wiley, « The Irish health system: Development and strategy, structure, funding and delivery since 1980 », *Health Economics*, vol. 14, 2005, p. S177. NOR : Linda Midttun, « Private or public? An empirical analysis of the importance of work values for work sector choice among Norwegian medical specialists », *Social Science & Medicine*, vol. 64, 2007, p. 1268. NZ : Toni Ashton et al., « Sources of satisfaction and dissatisfaction among specialists within the public and private health sectors », *New Zealand Medical Journal*, vol. 126, no 1383, 2013, p. 9-19.

Source (densité de médecins) : OCDE, *Panorama de la santé 2013: Les indicateurs de l'OCDE*, 2013.

Les expériences étrangères

Le Canada fait figure d'exception parmi les pays développés en interdisant aux médecins spécialistes de pratiquer à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé pour les soins médicalement requis¹³⁹. Seules les provinces du Nouveau-Brunswick, de Terre-Neuve-Labrador et de l'Île-du-Prince-Édouard autorisent la pratique mixte, bien qu'elle semble peu répandue¹⁴⁰.

Dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE, la mixité de pratique est permise, tout en étant généralement réglementée (voir Tableau 3). En Angleterre, les spécialistes ont l'obligation d'exercer pendant 44 heures au sein du système public (NHS) avant de pouvoir pratiquer dans le secteur privé, et 39 % d'entre eux le font¹⁴¹. En Irlande, les médecins ont une entente de 33 heures avec le système public, après quoi ils peuvent pratiquer dans le secteur privé. Plus de 90 % des médecins irlandais ont une pratique mixte¹⁴² et plusieurs d'entre eux louent les installations du secteur public pour traiter leurs patients privés (comme cela se fait aussi en France, en Allemagne, en Italie, en Australie et en Autriche)¹⁴³.

139. Ariadna García-Prado et Paula González, « Policy and regulatory responses to dual practice in the health sector », *Health Policy*, vol. 84, 2007, p. 142-152; Ariadna García-Prado et Paula González, « Whom do physicians work for? An analysis of dual practice in the health sector », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 36, no 2, 2011, p. 265-294.

140. Gerard W. Boychuk, *The Regulation of Private Health Funding and Insurance in Alberta under the Canada Health Act: A Comparative Cross-Provincial Perspective*, SPS Research Papers, vol. 1, no 1, décembre 2008, p. 16-17.

141. National Audit Office, *Managing NHS Hospital Consultants*, HC 885, Session 2012-13, 6 février 2013, p. 21.

142. Miriam M. Wiley, « The Irish health system: Development in strategy, structure, funding, and delivery since 1980 », *Health Economics*, vol. 14, no S1, 2005, p. S177.

143. Ariadna García-Prado et Paula González, *op. cit.*, note 139.

Dans d'autres pays, dont l'Australie, la Nouvelle-Zélande, la Norvège et la Suède, les modalités de la pratique mixte ne sont assujetties à aucune réglementation particulière et sont plutôt déterminées par des ententes contractuelles entre les hôpitaux et les médecins¹⁴⁴.

En Angleterre¹⁴⁵, en Australie¹⁴⁶ et au Danemark¹⁴⁷, des études ont montré que les médecins qui ont une pratique mixte augmentent le nombre d'heures allouées globalement à traiter des patients, sans pour autant diminuer l'offre de services qu'ils consacrent au système public. C'est également le cas en Norvège, où les spécialistes ayant une pratique mixte (28,9 %) et ceux ne pratiquant que dans les hôpitaux privés (23 %) consacrent plus de temps à voir des patients que leurs confrères exerçant uniquement dans le secteur public (48,1 %) ¹⁴⁸, étant moins encombrés par des tâches administratives de toutes sortes¹⁴⁹.

Le Japon, où la pratique mixte est autorisée, parvient à éviter de rationner les services de santé par le biais de files d'attente¹⁵⁰, en dépit d'une population relativement plus âgée¹⁵¹, et même s'il doit composer avec un moins grand nombre de médecins par millier d'habitants (2,2)¹⁵² que la vaste majorité des pays de l'OCDE (incluant le Canada et le Québec avec 2,4 médecins par millier d'habitants¹⁵³).

Le Danemark

La mixité de pratique, qui est légalement permise au Danemark, a fait l'objet d'intenses débats publics au cours de la dernière décennie. Plusieurs ont craint en effet que les médecins engagés dans la pratique mixte réduisent leur nombre d'heures de travail dans le réseau public, c'est-à-dire qu'ils ne travaillent qu'à temps partiel ou qu'ils évitent les heures supplémentaires, afin de passer plus d'heures de pratique dans le secteur privé¹⁵⁴.

**« La preuve en est donc faite :
il existe bel et bien une offre de
travail en réserve chez les médecins
spécialistes dont se prive le Québec. »**

Or, ces craintes se sont avérées non fondées. Une étude a récemment montré que les médecins danois qui ont une pratique mixte travaillent un plus grand nombre d'heures par semaine (50 heures) au total que leurs confrères qui exercent leur profession uniquement dans le réseau public (47,2 heures)¹⁵⁵. La durée de travail des deux types de médecins dans le secteur public est tout à fait comparable : 44,8 heures pour les médecins qui pratiquent dans les deux secteurs contre 47,2 heures pour les médecins qui n'exercent que dans le secteur public. La grande majorité des cliniques de chirurgie privées emploient d'ailleurs des médecins qui occupent un poste à temps plein dans un hôpital public¹⁵⁶.

On n'observe aucune différence entre les médecins qui ont une pratique mixte et ceux qui œuvrent uniquement dans le réseau public quant au nombre de projets de recherche ou au nombre d'études publiées dans les revues scientifiques. Qui plus est, le nombre de tâches accomplies en dehors des heures normales de travail est le même chez les deux types de médecins. Toutefois, les médecins qui ont une pratique mixte sont généralement plus prompts à accepter de travailler en dehors des heures normales de pratique afin de remplir des tâches

Par ailleurs, cela est aussi le cas au Québec, mais uniquement pour des spécialistes qui offrent des soins non couverts par le régime public d'assurance, comme les chirurgies esthétiques. Voir « Des chirurgies esthétiques au privé effectuées au CHUM », *Le Devoir*, 25 avril 2013.

144. Ariadna García-Prado et Paula González, *ibid.*

145. Karen Bloor et al., « Variation in activity rates of consultant surgeons and the influence of reward structures in the English NHS », *Journal of Health Services Research and Policy*, vol. 9, no 2, 2004, p. 82.

146. Terence Chai Cheng, Catherine M. Joyce et Anthony Scott, « An Empirical Analysis of Public and Private Medical Practice in Australia », *Health Policy*, vol. 111, no 1, 2013, p. 43-51.

147. Karolina Socha et Mickael Bech, « Dual practitioners are as engaged in their primary job as their senior colleagues », *Danish Medical Journal*, vol. 59, no 2, 2012.

148. Linda Midttun, « Private or public? An empirical analysis of the importance of work values for work sector choice among Norwegian medical specialists », *Social Science & Medicine*, vol. 64, 2007, p. 1267-1268.

149. Linda Midttun, « Medical specialists' allocation of working time », *Health Policy*, vol. 83, 2007, p. 119.

150. Naoki Ikegami et Gerard F. Anderson, « In Japan, All-Payer Rate Setting under Tight Government Control Has Proved an Effective Approach to Containing Costs », *Health Affairs*, vol. 31, no 5, 2012, p. 1049-1056.

151. Organisation de coopération et de développement économique, *Panorama de la santé 2013 : les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, 2013, p. 171.

152. *Ibid.*, p. 65.

153. Institut canadien d'information sur la santé, *op. cit.*, note 136, p. 71.

154. Karolina Socha, « Physician Dual Practice and Shortages of Providers », *Health Policy Monitor*, no 15, 2010.

155. Karolina Socha et Mickael Bech, *op. cit.*, note 147.

156. Lotte Bøgh Andersen et Mads Jakobsen, *op. cit.*, note 51.

qu'on leur a confiées à la dernière minute que leurs confrères qui n'exercent que dans le secteur public¹⁵⁷.

Tout comme le Canada (et le Québec), le Danemark compte l'un des plus faibles nombres de médecins spécialistes en proportion de la population parmi les pays de l'OCDE¹⁵⁸. L'autorisation de la pratique mixte au Danemark a pour effet d'accroître le volume de travail global des médecins spécialistes et donc de compenser ce plus faible ratio. La pratique dans le secteur privé fournit l'occasion à plusieurs chirurgiens danois d'opérer davantage de patients que s'ils œuvraient uniquement dans un hôpital public. Il s'ensuit un accès amélioré aux soins hospitaliers pour les patients.

L'Australie

En Australie, les médecins spécialistes sont légalement autorisés à exercer leur pratique dans le secteur public et dans le secteur privé, et on estime que près de la moitié d'entre eux ont une pratique mixte¹⁵⁹.

Le nombre d'heures qu'un médecin peut consacrer à la pratique privée dépend de l'entente contractuelle qui le lie à l'hôpital public. Dans certains cas, seule la consultation dans le réseau privé est permise, et uniquement en dehors des heures de pratiques dans l'hôpital public qui l'embauche¹⁶⁰. Dans d'autres cas, les spécialistes se voient octroyer des droits de pratique privée à l'intérieur même de l'hôpital public au sein duquel ils exercent. Même si seulement la moitié des spécialistes choisissent de s'en prévaloir, ces droits de pratique privée sont perçus par les gestionnaires d'hôpitaux publics comme des moyens de recruter et de retenir des candidats de qualité et de renom.

Les médecins australiens qui ont une pratique mixte travaillent en moyenne 11 % plus d'heures par

semaine (47,9) que ceux qui pratiquent uniquement dans le réseau public (43,2)¹⁶¹. Les médecins qui ont une pratique mixte – tout comme ceux qui pratiquent uniquement dans le secteur privé – s'absentent moins souvent du travail pour prendre divers congés¹⁶². En outre, on n'observe aucune différence entre les médecins qui ont une pratique mixte et ceux qui pratiquent uniquement dans le secteur public en ce qui a trait aux qualifications ou aux années d'études postdoctorales.

« Le Japon, où la pratique mixte est autorisée, parvient à éviter de rationner les services de santé par le biais de files d'attente. »

Les médecins qui ont une pratique mixte exercent tout autant dans les régions éloignées que leurs confrères qui pratiquent exclusivement dans le secteur public ou dans le secteur privé¹⁶³. Ce fait contredit la thèse des détracteurs du privé selon laquelle la pratique mixte inciterait les médecins à délaisser les régions éloignées au profit des zones urbaines plus densément peuplées.

La réforme et ses avantages

Comme on l'a vu dans les chapitres précédents, le Québec gagnerait à élargir le choix des patients en permettant l'émergence d'un véritable marché de l'hospitalisation privée. L'un des arguments fréquemment soulevés à l'encontre d'une telle réforme veut qu'il existe présentement trop peu de médecins dans le réseau public pour permettre une plus grande ouverture au secteur privé¹⁶⁴. On ajoute, non sans raison, qu'il peut s'écouler jusqu'à une décennie avant qu'un nouveau médecin ne soit formé.

157. Karolina Socha et Mickael Bech, *op. cit.*, note 147.

158. Le Canada et le Danemark ont des ratios respectifs de 1,3 et 1,4 spécialiste par 1000 habitants. Organisation de Coopération et de Développement Économique, *OECD Reviews of Health Care Quality, Denmark 2013: Raising Standards*, OECD Publishing, 2013, p. 114. À noter que ce n'est pas le cas pour les médecins généralistes qui sont nettement plus nombreux en proportion de la population au Danemark qu'au Canada (et qu'au Québec).

159. Terence Chai Cheng, Catherine M. Joyce et Anthony Scott, *op. cit.*, note 146.

160. *Ibid.*

161. *Ibid.*

162. *Ibid.*

163. *Ibid.*

164. Colleen M. Flood, Mark Stabile et Sasha Kontic, « Finding Health Policy "Arbitrary": The Evidence on Waiting, Dying, and Two-Tier Systems », dans Colleen M. Flood, Kent Roach et Lorne Sossin (dir.), *Access to Care, Access to Justice: The Debate over Private Health Insurance in Canada*, University of Toronto Press, 2005, p. 309-311.

Il serait toutefois possible dans un délai rapproché d'augmenter les capacités du système de santé sur le plan de la main-d'œuvre. L'une des solutions, dans l'immédiat, serait de permettre au personnel médical existant, largement sous-utilisé, de travailler davantage¹⁶⁵.

En vertu de l'article 22 de la *Loi sur l'assurance maladie du Québec*, les médecins participants au régime public n'ont pas le droit d'offrir leurs services en dehors de celui-ci, pour ce qui est des services assurés. Cet article de loi devrait être amendé de façon à permettre aux médecins de travailler dans le secteur privé après un nombre d'heures de pratique dans le réseau public équivalant à un travail à temps plein (40 heures).

En leur permettant de travailler contre rémunération de source privée en complément à leur engagement envers le régime d'assurance public, les médecins pourront traiter plus de patients tout en haussant leurs revenus. En augmentant sensiblement le nombre d'heures globales consacrées au réseau de la santé, la pratique mixte est susceptible d'alléger les problèmes des longues listes d'attente qu'on connaît.

**« La pratique dans le secteur privé
fournit l'occasion à plusieurs
chirurgiens danois d'opérer davantage
de patients que s'ils œuvraient
uniquement dans un hôpital public. »**

Contrairement à ce que laissent entendre certains groupes, la légalisation de la pratique mixte ne nuirait pas à l'offre de services dans le réseau public puisqu'un nombre minimal d'heures de travail serait requis avant d'autoriser la pratique dans le secteur privé. La capacité des médecins à maintenir de plus longues listes d'attente dans le réseau public dans le but d'attirer des patients

dans leur clinique privée serait grandement réduite dans un contexte de concurrence où les patients bénéficieraient de plusieurs options de lieux pour recevoir leur traitement.

Enfin, la mixité de pratique pourrait même s'avérer en fin de compte un outil précieux de recrutement et de rétention de personnel médical pour le système public, comme en témoignent les expériences étrangères¹⁶⁶.

165. Une autre avenue suggérée récemment par des économistes est celle de recourir davantage aux médecins formés à l'étranger. Voir David R. Henderson, « The Inefficiency of Health Care Rationing – and a Solution », dans Steven Gliberman (dir.), *Reducing Wait Times for Health Care: What Canada Can Learn from Theory and International Evidence*, Institut Fraser, octobre 2013, p. 88-90. Alors qu'un médecin sur quatre au Canada (30 % en excluant le Québec) a obtenu son diplôme de médecine à l'étranger, cette proportion chute à 11 % au Québec. Voir Institut canadien d'information sur la santé, *op. cit.*, note 136, p. 31.

166. Ariadna García-Prado et Paula González (2011), *op. cit.*, note 139.

CHAPITRE 5

Financer les hôpitaux en fonction des services rendus

Mise en contexte

Actuellement, presque tous les hôpitaux au Québec – comme dans le reste du Canada – reçoivent leur financement sous forme de budgets globaux fondés essentiellement sur les montants de dépenses effectuées dans le passé¹⁶⁷. On augmente ces dépenses chaque année pour tenir compte de la hausse des coûts de main-d'œuvre, des prix des médicaments, de ceux des technologies et des fournitures médicales.

Ce mode de financement a toujours été perçu par les décideurs comme une méthode simple à administrer et utile pour freiner la croissance des coûts¹⁶⁸. Cependant, cette maîtrise des coûts – qui n'a par ailleurs pas empêché les dépenses de grimper – s'est faite historiquement au prix d'un rationnement des services : devant une demande en constante expansion, les hôpitaux n'ont eu d'autre choix que de restreindre les admissions afin de respecter leur budget¹⁶⁹. Le problème chronique des listes d'attente au Québec et dans le reste du Canada prend donc racine en partie dans le mode de financement des établissements hospitaliers.

Qui plus est, le financement par enveloppe globale n'offre aucune incitation aux gestionnaires

d'hôpitaux à innover afin de réduire les dépenses et d'améliorer l'accès et le temps d'attente. En vertu du modèle actuel, un gestionnaire qui consacrerait temps et ressources à mettre en place des mesures novatrices afin d'accroître la qualité des soins et de réduire l'attente dans son établissement ne verrait pas son initiative récompensée¹⁷⁰. Au contraire, une innovation permettant de réduire les dépenses se traduirait par une baisse équivalente de son prochain budget.

« Le problème chronique des listes d'attente au Québec et dans le reste du Canada prend racine en partie dans le mode de financement des établissements hospitaliers. »

De façon analogue, une innovation permettant de réduire le temps d'attente et de traiter plus de patients entraînerait des pressions accrues sur le budget fixe de l'établissement. Dans un cas comme dans l'autre, le patient étant une source de dépenses supplémentaires pour l'hôpital, il n'y aurait aucun avantage à tirer à tenter d'améliorer l'efficacité.

Les expériences étrangères

Les États-Unis ont été les premiers, à partir de 1983, à financer les établissements hospitaliers sur la base des services rendus pour traiter les patients admissibles au programme public Medicare. Depuis, la quasi-totalité des pays industrialisés ont opté à leur tour, dans des proportions variées, pour un financement à l'activité des hôpitaux¹⁷¹ (voir Tableau 4).

Bien que les modalités des différents systèmes de financement à l'activité varient d'un pays à l'autre, le principe de fonctionnement central est essentiellement le même. Les hôpitaux reçoivent un paiement fixe pour chaque intervention

167. En mars 2012, le gouvernement du Québec a mis sur pied un groupe d'experts dont le mandat consistait à évaluer la faisabilité d'un projet pilote sur le financement à l'activité dans le réseau hospitalier. Sara Champagne, « Budget en santé : le gouvernement ouvre la porte au financement à l'acte », *La Presse*, 20 mars 2012. Le 20 février 2014, le groupe a rendu public son rapport : <http://www.santefinancementactivite.gouv.qc.ca/>.

168. Jason M. Sutherland, *Mécanismes de financement des hôpitaux : aperçu et options pour le Canada*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, mars 2011, p. 4.

169. Roger Feldman et Felix Lobo, « Global budgets and excess demand for hospital care », *Health Economics*, vol. 6, 1997, p. 187-196; voir aussi Gérard Bélanger, *L'économie de la santé et l'État providence*, Éditions Varia, 2005, p. 185-187.

170. Pierre Ouellette, *Efficience et budgétisation des hôpitaux et autres institutions de santé au Québec*, document remis au Groupe de travail sur le financement du système de santé, novembre 2007, p. 13.

171. David Scheller-Kreinsen, Alexander Geissler et Reinhard Busse, « The ABC of DRGs », *Euro Observer*, vol. 11, no 4, 2009, p. 1.

Tableau 4
Statistiques sur l'activité et les dépenses hospitalières, sélection de pays de l'OCDE

Pays de l'OCDE	Année d'introduction du financement à l'activité des hôpitaux	Nombre de patients obtenant leur congé de l'hôpital par 1000 habitants, 2011	Dépenses hospitalières moyennes par patient obtenant son congé, 2011**
Allemagne	2004	244	5192 \$US
Australie	1993	159*	9611 \$US*
Canada	Projets pilotes en Alberta (2012), Colombie-Britannique (2011) et Ontario (2012)	82*	15 433 \$US*
Danemark	2002	172*	11 295 \$US*
États-Unis	1983	125*	21 018 \$US*
France	2004	169	8049 \$US
Japon	1997	111	12 650 \$US (2008)
Norvège	1997	175	11 306 \$US*
Nouvelle-Zélande	1993	147	7856 \$US
Pays-Bas	2005	122	13 025 \$US
Suède	1995	163*	9990 \$US*
Suisse	2012	170	11 219 \$US
Autres pays parmi les 25 plus riches de l'OCDE ayant adopté un mode de financement des hôpitaux en fonction des cas traités (et date d'introduction) : Angleterre (2003), Autriche (1997), Belgique, Corée du Sud (2012), Espagne (1999), Estonie (2003), Finlande (1995), Grèce (2011), Irlande (1993), Islande, Italie (1995), Pologne (2008), Portugal (1984).			

*Données datant de 2010. **Ajustées pour tenir compte des différences de coût de la vie entre les pays.

Source : David Squires, *Multinational comparisons of health systems data*, The Commonwealth Fund, éditions novembre 2012 et novembre 2013.

médicale (par exemple, un remplacement de la hanche), équivalant le plus souvent au coût moyen d'effectuer ce traitement au sein du système hospitalier. Ce paiement est ajusté, dans la plupart des pays, pour tenir compte d'une série de facteurs propres aux établissements et aux patients qu'ils reçoivent : emplacement géographique, gravité des cas et complexité des pathologies, caractéristiques de chaque patient, etc.

De façon générale, on constate que dans les pays où le mode de financement à l'activité est utilisé dans une large mesure, la concurrence entre les établissements est plus forte et l'accès aux soins est plus rapide au sein du réseau hospitalier. Des améliorations notables à ce chapitre ont été observées dans plusieurs pays, notamment en Europe.

En Norvège, la réforme du financement des hôpitaux a été mise en œuvre en 1997. Les activités et l'efficacité des hôpitaux se sont accrues de façon importante dès les premières années de mise en œuvre, alors que la part du financement à l'activité dans le budget des hôpitaux augmentait graduellement de 30 % en 1997 à 60 % en 2003¹⁷². Le nouveau mode de financement a non seulement amélioré l'efficacité des hôpitaux norvégiens, mais sa mise en place a aussi coïncidé avec une réduction significative des délais d'attente. De 2002 à 2006, les admissions au sein des hôpitaux ont bondi de 24 % et le temps d'attente moyen pour les chirurgies électives a chuté de 30 %¹⁷³.

172. Ce pourcentage est redescendu à 40 % depuis. Voir Erik Biørn et al., « How different are hospitals' responses to a financial reform? The impact on efficiency of activity-based financing », *Health Care Management Science*, vol. 13, 2010, p. 1-16.

173. Pål E. Martinussen et Jon Magnussen, « Health care reform: the

Aux Pays-Bas, la réforme du financement des hôpitaux est survenue à la suite d'une décision des tribunaux, rendue en 1999, qui stipulait que le rationnement des services hospitaliers par l'État brimait le droit des patients à recevoir les soins de santé requis en temps opportun. Le financement à l'activité, adopté quelques années plus tard en remplacement des budgets globaux, a grandement contribué à réduire l'attente dans le réseau hospitalier. Les délais avant de subir une chirurgie électorale ont diminué de moitié depuis 2000 et oscillent désormais entre deux et six semaines¹⁷⁴. Selon des chercheurs néerlandais, la forte hausse de l'activité qui a découlé de la réforme aurait également contribué à accélérer l'augmentation de l'espérance de vie de la population constatée à partir de 2002¹⁷⁵.

Ainsi, le financement à l'activité ne mène pas les établissements de santé à rogner sur la qualité des services afin de réduire les coûts, contrairement à certaines appréhensions. Dans la mesure où les revenus des établissements de santé dépendent du nombre de patients qu'ils attirent, il est impératif pour eux d'offrir des services de qualité et de préserver une bonne réputation. En Australie par exemple, le mode de financement à l'activité a poussé les hôpitaux à améliorer la qualité des soins dans le but d'éviter les complications et les coûts élevés qu'engendrent les séjours prolongés¹⁷⁶.

L'Italie

Le système de santé italien a subi d'importantes transformations depuis vingt ans. Au début des années 1990, les temps d'attente s'allongeaient et la qualité des services se dégradait progressivement dans le réseau public. Seuls les hôpitaux privés étaient remboursés en fonction du nombre de cas traités. Les hôpitaux publics avaient très peu d'incitations à optimiser les ressources puisqu'ils recevaient un financement garanti, basé principalement sur

les dépenses antérieures, et tous les déficits étaient couverts par le gouvernement.

En 1992, la législation fut amendée de façon à favoriser la concurrence entre les établissements et ainsi améliorer la qualité des services rendus à la population. Plus spécifiquement, on a réformé le système de façon à permettre a) le libre choix des patients en matière de fournisseurs de soins; b) le remboursement des dépenses des hôpitaux en fonction des services rendus; c) la parité entre les hôpitaux publics et les hôpitaux privés quant au mode de financement¹⁷⁷.

Ainsi, à partir de 1995, tous les hôpitaux italiens ont commencé à recevoir un financement en fonction des cas traités, plutôt que sur la base des dépenses passées. Dans ce système nouvellement décentralisé, chaque région était libre de déterminer les modalités de sa méthode de remboursement des dépenses hospitalières. Cinq des 21 régions ont adopté leur propre système de tarification à l'activité alors que les 16 autres ont opté pour une approche commune conçue au niveau national.

« Les hôpitaux reçoivent un paiement fixe pour chaque intervention médicale, équivalant le plus souvent au coût moyen d'effectuer ce traitement au sein du système hospitalier. »

La réforme du financement a généré dans l'ensemble d'importantes retombées positives pour le système hospitalier italien. Les régions où le remboursement à l'activité a pris une place plus importante dans le budget des hôpitaux ont vu la qualité des soins augmenter davantage. Une étude a récemment montré que les taux de mortalité et de réadmission des patients hospitalisés sont significativement moins élevés dans ces régions¹⁷⁸. L'explication de ce résultat est fort simple et provient des incitations créées par le nouveau mode de financement: les établissements qui offrent de

Nordic experience », dans Jon Magnussen, Karsten Vrangbaek et Richard B. Saltman (dir.), *Nordic Health Care Systems: Recent Reforms and Current Policy Challenges*, Open University Press, 2009, p. 21-52.

174. Frederik T. Schut et Marco Varkevisser, « Tackling hospital waiting times: the impact of past and current policies in the Netherlands », *Health Policy*, vol. 113, 2013, p. 127-133.

175. Johan Pieter Mackenbach et al., « Sharp upturn of life expectancy in the Netherlands: effect of more health care for the elderly? », *European Journal of Epidemiology*, vol. 26, no 12, 2011, p. 903-14.

176. Anurag Sharma, « Inter-DRG resource dynamics in a prospective payment system: a stochastic kernel approach », *Health Care Management Science*, vol. 12, 2009, p. 38-55.

177. Giovanni Fattore et Aleksandra Torbica, « Inpatient reimbursement system in Italy: How do tariffs relate to costs? », *Health Care Management Science*, vol. 9, 2006, p. 251-258.

178. Marina Cavalieri, Lara Gitto et Calogero Guccio, « Reimbursement systems and quality of hospital care: an empirical analysis for Italy », *Health Policy*, vol. 111, no 3, 2013, p. 273-289.

meilleurs services et qui attirent davantage de patients en sont récompensés en obtenant plus de fonds.

La région de Lombardie, la plus peuplée et l'une des plus prospères d'Italie, est celle qui a poussé le plus loin l'utilisation du remboursement à l'activité, et aussi celle qui se démarque le plus sur le plan de l'efficacité de son système de santé¹⁷⁹. Les patients ont la liberté de choisir l'endroit où ils souhaitent recevoir leur traitement et les hôpitaux, qu'ils soient du secteur public ou privé, se font concurrence pour les attirer. Les revenus qu'obtiennent les établissements sont bonifiés pour les cas plus complexes ainsi que pour les services d'urgence, et sont amputés dans les cas de réadmissions à l'intérieur d'un délai de 45 jours. Le gouvernement est parvenu à limiter les demandes de remboursement frauduleuses (*upcoding*) de façon simple en n'acceptant de verser des tarifs bonifiés réservés aux cas complexes que si la durée du séjour est supérieure au seuil jugé médicalement requis pour ce genre d'interventions¹⁸⁰.

« Dans la mesure où les revenus des établissements de santé dépendent du nombre de patients qu'ils attirent, il est impératif pour eux d'offrir des services de qualité et de préserver une bonne réputation. »

Qui plus est, les hôpitaux privés ont investi massivement afin d'offrir une gamme étendue de services, et plusieurs se sont dotés de salles d'urgences afin de bonifier leurs revenus. En dépit de l'accroissement du nombre de services et des nouveaux investissements, la Lombardie est parvenue à contenir mieux que toute autre région la montée des dépenses de santé¹⁸¹. Les temps d'attente ont chuté de façon significative dans la région et elle

attire désormais un nombre important de patients en provenance de partout ailleurs en Italie¹⁸².

L'Angleterre

En Angleterre, les hôpitaux étaient avant 2003 financés principalement par budgets globaux et, à l'image de la situation en vigueur au Canada, la population semblait résignée aux longs temps d'attente avant de recevoir un traitement¹⁸³. Depuis, la quasi-totalité des soins hospitaliers sont remboursés en vertu d'un système de financement fondé sur les activités, y compris les soins ambulatoires et les services d'urgence¹⁸⁴. Les hôpitaux qui offrent de meilleurs services et qui attirent plus de patients reçoivent maintenant davantage de revenus, ce qui les encourage à maintenir ce bon rendement. À l'inverse, ceux qui n'y parviennent pas sont incités à modifier leur façon de faire afin d'améliorer leur efficacité.

Les résultats de cette réforme n'ont pas tardé à se manifester. La durée de séjour a diminué rapidement après sa mise en œuvre¹⁸⁵. La meilleure utilisation des ressources par les hôpitaux a permis de traiter davantage de patients, et ce, sans nuire à la qualité des soins¹⁸⁶. Une partie des paiements octroyés aux hôpitaux anglais varient d'ailleurs en fonction de l'atteinte d'objectifs liés à la qualité des soins¹⁸⁷.

179. Ariana De Nicola, Simone Gitto, Paolo Mancuso et Vivian Valmanis, « Healthcare reform in Italy: an analysis of efficiency based on nonparametric methods », *International Journal of Health Planning and Management* (à paraître).

180. Giorgio Vittadini, Paolo Berta, Gianmaria Martini et Giuditta Callea, « The effect of a law limiting upcoding on hospital admissions: evidence from Italy », *Empirical Economics*, vol. 42, 2012, p. 563-582.

181. Margherita Stancati, « Competitive care », *Wall Street Journal*, 13 avril 2010.

182. Elenka Brenna, « Quasi-market and cost-containment in Beveridge systems: The Lombardy model of Italy », *Health Policy*, vol. 103, 2011, p. 216-217; Silvia Balia, Rinaldo Brau et Emanuela Marrocu, « What Drives Patient Mobility Across Italian Regions? Evidence from Hospital Discharge Data », dans Rosella Levaggi et Marcello Montefiori (dir.), *Health care provision and patient mobility: Health integration in the European Union*, Springer-Verlag, 2014, p. 133-154.

183. Voir notamment Christian Rioux, « La Grande-Bretagne, royaume des files d'attente », *Le Devoir*, 2 mai 2000; John Carvel, « Extra cash fails to halt rise in NHS waiting lists », *The Guardian*, 6 octobre 2001.

184. Anne Mason, Padraic Ward et Andrew Street, « England: The Healthcare Resource Group system », dans Reinhard Busse, Alexander Geissler, Wilm Quentin et Miriam Wiley (dir.), *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals*, Open University Press, 2011, p. 197-220.

185. National Audit Office, *Healthcare across the UK: A comparison of the NHS in England, Scotland, Wales and Northern Ireland*, Report by the comptroller and auditor general ordered by the House of Commons, HC 192, Session 2012-13, 29 juin 2012, p. 32.

186. Shelley Farrar, Deokhee Yi, Matt Sutton, Martin Chalkley, Jon Sussex et Anthony Scott, « Has payment by results affected the way that English hospitals provide care? Difference-in-differences analysis », *BMJ*, vol. 339, 2009, p. b3047.

187. Wilm Quentin *et al.*, « Hospital payment based on diagnosis-related groups differs in Europe and holds lessons for the United States », *Health Affairs*, vol. 32, no 4, 2013, p. 719.

La réforme du mode de financement des hôpitaux a aussi pavé la voie à d'autres changements au sein du système de santé anglais qui ont apporté des résultats bénéfiques. Les patients ont maintenant la possibilité de choisir l'établissement où ils souhaitent recevoir leur traitement et les hôpitaux se font concurrence pour les attirer. Cette concurrence accrue, qui découle directement de la réforme du financement, a joué un rôle clé dans l'amélioration de la gestion des hôpitaux et de la qualité des soins prodigués aux patients (voir Chapitre 1).

Le temps d'attente médian pour une chirurgie non urgente en Angleterre a littéralement fondu au cours de la dernière décennie, passant de 13 semaines en 2002 à 4 semaines en 2010¹⁸⁸. De plus, selon une enquête récente qui s'est penchée sur l'évolution du temps d'attente pour les remplacements de la hanche, du genou, de même que pour les extractions de la cataracte, la diminution a été encore plus prononcée pour les patients provenant de milieux défavorisés¹⁸⁹.

« Cette concurrence accrue, qui découle directement de la réforme du financement, a joué un rôle clé dans l'amélioration de la gestion des hôpitaux et de la qualité des soins prodigués aux patients. »

Grâce au financement à l'activité et aux autres mesures d'incitation données aux hôpitaux, la rapidité avec laquelle les patients sont pris en charge à l'urgence a aussi connu une nette amélioration, sans que d'autres aspects des soins en souffrent¹⁹⁰. Les plus récentes données compilées indiquent que 96 % des patients se présentant dans une urgence

reçoivent un diagnostic du médecin à l'intérieur du délai cible de quatre heures¹⁹¹.

De plus, les préoccupations voulant que la tarification à l'activité ait pu inciter les hôpitaux, en particulier ceux du secteur privé, à sélectionner les cas les moins complexes se sont avérées largement infondées¹⁹². À l'instar de la plupart des pays ayant adopté ce type de financement, on a développé en Angleterre des mécanismes afin d'identifier les cas atypiques et de tenir compte dans les paiements aux hôpitaux des coûts supplémentaires qu'engendre le traitement de ces patients¹⁹³.

Contrairement à ce qu'ont laissé entendre certains analystes¹⁹⁴, la réforme du financement à l'activité n'a pas entraîné une multiplication hors norme du nombre de gestionnaires dans le réseau de la santé en Angleterre. De 2002 à 2012, la croissance du nombre de gestionnaires a été deux fois moins rapide que celle du nombre de médecins (en équivalent temps complet)¹⁹⁵. Cette croissance a aussi été comparable à celle observée en Écosse¹⁹⁶, une autre région du Royaume-Uni n'ayant pourtant pas adopté le financement à l'activité des hôpitaux. En somme, on dénombre beaucoup moins de gestionnaires et d'employés administratifs par millier d'habitants en Angleterre que dans toutes les autres régions du Royaume-Uni – la moitié moins par rapport à l'Écosse et à l'Irlande du Nord¹⁹⁷.

Il est d'ailleurs intéressant de noter le progrès accompli en Angleterre en comparaison de celui des autres régions du Royaume-Uni, lesquelles ont conservé le mode de financement par budgets globaux. Au cours de la dernière décennie, on est parvenu à améliorer davantage les résultats de santé en Angleterre tout en contenant mieux qu'ailleurs la

188. English Department of Health, *Inpatient and Outpatient Waiting Times Statistics*, Historical Times Series, 1988-2010.
189. Zachary N. Cooper, Alistair McGuire, S. Jones, J. Le Grand et Richard Titmuss, *op. cit.*, note 41.
190. Steven Kelman et John N. Friedman, « Performance Improvement and Performance Dysfunction: An Empirical Examination of Distortionary Impacts of the Emergency Room Wait-Time Target in the English National Health Service », *Journal of Public Administration Research*, vol. 19, 2009, p. 917-946; Carol Propper, Matt Sutton, Carolyn Whitnall et Frank Windmeijer, « Incentives and Targets in Hospital Care: Evidence from a Natural Experiment », *Journal of Public Economics*, vol. 94, 2010, p. 318-335.

191. NHS England, *A&E Activity and Performance Time series*.

192. Luigi Siciliani, Peter Sivey et Andrew Street, *op. cit.*, note 33.

193. Wilm Quentin *et al.*, *op. cit.*, note 187; Francesc Cots, Pietro Chiarello, Xavier Salvador, Xavier Castells et Wilm Quentin, « DRG-based hospital payment: Intended and unintended consequences », dans Reinhard Busse *et al.*, *op. cit.*, note 184, p. 87.

194. Sarah Champagne, « Hôpitaux: le financement à l'activité, une "avenue risquée" », *La Presse*, 21 juin 2012; Jeanne Corriveau, « Mise en garde contre le financement des hôpitaux à l'activité », *Le Devoir*, 5 novembre 2012.

195. Health and Social Care Information Centre, *NHS Staff – 2002-2012, Overview: workforce census bulletin*, mars 2013, p. 30.

196. ISD Scotland, *NHS Scotland Workforce Statistics, Overall Trend*.

197. Sheelah Connolly, Gwyn Bevan et Nicholas Mays, *Funding and performance in the four countries of the UK after devolution*, The Nuffield Trust, 2010, p. 44.

montée des dépenses de santé¹⁹⁸. L'Angleterre affiche maintenant de bien meilleurs résultats que l'Écosse, l'Irlande du Nord et le Pays de Galles au chapitre des délais d'attente et de l'accès aux soins, tout en ayant un niveau de dépenses de santé inférieur et un moins grand nombre d'effectifs médicaux et de lits d'hôpitaux en pourcentage de la population¹⁹⁹.

La réforme et ses avantages

Le gouvernement du Québec a récemment annoncé son intention de réformer le mode anachronique de financement des hôpitaux par budgets globaux de façon à ce que l'argent suive le patient tout au long de son séjour dans le réseau de la santé²⁰⁰. Il s'agit sans contredit d'un pas dans la bonne direction²⁰¹.

« Loin de partir d'une situation défavorable, le Québec dispose d'une structure qui devrait faciliter la mise en place d'un mode de financement des hôpitaux selon les services rendus. »

Loin de partir d'une situation défavorable, le Québec dispose d'une structure depuis la fusion des établissements dans le cadre de la création des Centres de santé et services sociaux (CSSS) qui devrait faciliter la mise en place d'un mode de financement des hôpitaux selon les services rendus. De plus, les établissements ne sont pas tous dans l'obscurité en matière de données sur les interventions qu'ils réalisent. Les coûts par patient sont connus dans une vingtaine d'établissements au Québec et sont en voie de l'être dans plusieurs autres²⁰².

Le nouveau mode de financement à l'activité devrait être ajusté pour tenir compte de la gravité des cas et de la complexité des pathologies. En considérant tous les établissements sur un pied d'égalité en matière de financement, aucun ne se retrouverait indûment dans une situation financière délicate en raison d'un éventail de cas plus difficiles, et partant, plus coûteux à traiter. En outre, les paiements aux hôpitaux devraient être amputés dans les cas de réadmissions à l'intérieur d'un intervalle déterminé (45 jours, par exemple).

Grâce à ce mode de financement, les hôpitaux seront incités à accroître leurs activités afin d'obtenir davantage de revenus. Cette formule les encouragera en outre à réduire les coûts inutiles et la durée de séjour, libérant ainsi des ressources pour traiter davantage de patients. La croissance de l'activité qui devrait découler d'une telle approche signifie aussi que les patients seront traités plus rapidement, ce qui est susceptible d'améliorer d'autant plus l'accès aux soins de santé pour ceux qui se trouvent sur les listes d'attente.

198. National Audit Office, *Healthcare across the UK: A comparison of the NHS in England, Scotland, Wales and Northern Ireland*, HC 192, Session 2012-13, 29 juin 2012, p. 15.

199. *Ibid.*, p. 41 (attente), p. 26 (effectifs), p. 36 (lits d'hôpitaux).

200. Guillaume Bourgault-Côté, « Le gouvernement veut que "l'argent suive le patient" », *Le Devoir*, 21 février 2014.

201. L'IEDM suggérait déjà une telle réforme au printemps 2012. Voir Yanick Labrie, « Le financement à l'activité des hôpitaux : l'attente a assez duré », *Note économique*, Institut économique de Montréal, mai 2012.

202. Martin Beauséjour, « La solution MED-GPS s'implante dans les hôpitaux », *La Presse*, 28 septembre 2012.

CHAPITRE 6

Rendre obligatoire la publication d'indicateurs de performance des hôpitaux

Mise en contexte

Dans la plupart des secteurs de notre économie, les consommateurs n'ont pas à être pleinement informés pour prendre des décisions d'achat judicieuses. En général, ils en savent très peu sur la plupart des produits ou services avant l'achat. Pourtant, ces marchés fonctionnent relativement bien parce que les consommateurs sont récompensés quand ils prennent le temps de rechercher l'information requise avant d'acheter – du fait qu'ils obtiendront un produit ou service à la fois meilleur et plus satisfaisant – alors que le choix et la concurrence garantissent qu'aucun abus systématique ne sera commis.

De ce point de vue, le secteur des soins de santé a toujours été considéré comme différent puisque les prix ne peuvent influencer sur les décisions des patients, lesquels ont rarement disposé de choix et d'information facilement accessible. Aujourd'hui, par contre, cette situation est en train de changer. En cette ère de l'Internet, les obstacles à l'obtention d'information dans le domaine des soins de santé sont en train de tomber. De plus en plus de patients arrivent chez le médecin extrêmement bien renseignés sur les caractéristiques de maladies particulières et les options de traitement qui s'offrent à eux²⁰³. Même s'ils sont encore désavantagés à certains égards en matière d'information, l'écart s'est rétréci durant les dernières décennies et la plupart des patients sont maintenant capables de trouver l'information recherchée à un coût relativement modeste²⁰⁴. De plus en plus de patients veulent aussi

participer activement aux décisions concernant leur santé.

Dans de nombreux pays, les responsables des politiques en sont venus à reconnaître que la concurrence est probablement le meilleur moyen d'améliorer la qualité des services dans le système de santé et que cette concurrence ne peut être encouragée sans que des indicateurs de qualité ne soient rendus publics. Dans ces pays, les hôpitaux ont maintenant l'obligation de recueillir et de rendre accessible à tous une série d'indicateurs de performance. Ceux-ci sont généralement présentés au grand public par le truchement d'un portail Web pouvant être facilement consulté par les utilisateurs en quête d'information.

Toutes choses étant égales par ailleurs, une plus grande transparence en matière d'information sur la qualité des soins permet aux patients de prendre de meilleures décisions et pousse les hôpitaux à viser encore plus l'excellence dans la prestation des soins, lorsque des mécanismes de choix et de concurrence existent. Plus les données relatives aux caractéristiques des établissements, à la qualité et à l'éventail de soins qu'ils dispensent sont accessibles à tous, plus les patients et leur médecin ont les moyens nécessaires pour choisir l'établissement approprié pour le traitement. C'est ce qu'ont compris la plupart des pays développés.

En revanche, la situation au Québec et partout au Canada progresse à pas de tortue. Seules quelques initiatives de collecte de données sur la qualité des hôpitaux ont récemment été mises en œuvre²⁰⁵. Dans la plupart des cas, cependant, cette information demeure en grande partie inaccessible au grand public.

Les expériences étrangères

L'Allemagne

Depuis 2003, les hôpitaux allemands doivent publier chaque année sur Internet des rapports de

203. James C. Robinson, *op. cit.*, note 18; Liette D'Amours, « Santé 2.0 : des Québécois bien plus avisés », *La Presse*, 23 avril 2008, p. LPA8.

204. D. Eric Schansberg, « The Economics of Health Care and Health Insurance », *The Independent Review*, vol. 18, no 3, 2014, p. 401-420.

205. Voir, par exemple, le site Web nouvellement disponible qu'a lancé l'Institut canadien d'information sur la santé, *Notresystemedesante.ca* (<http://ourhealthsystem.ca/?lang=fr>).

qualité dans un format de données (PDF) facilement accessible²⁰⁶. Ces rapports permettent aux patients de s'informer sur le niveau de qualité de chaque hôpital et d'établir des comparaisons entre eux. De plus, les médecins peuvent se fonder sur ces rapports reconnus quand ils décident d'orienter un patient²⁰⁷. Les caisses d'assurance-maladie se servent des données sur la qualité pour formuler des recommandations à leurs assurés. Un comité mixte formé d'assureurs et de fournisseurs établit le cadre de référence des rapports et détermine la portée de ceux-ci.

Les rapports sur la qualité des hôpitaux allemands comptent deux parties. Dans la première, on trouve de l'information sur l'étendue et le volume des services fournis par chaque hôpital. La seconde contient de l'information sur les systèmes de gestion de la qualité des hôpitaux.

« Une plus grande transparence en matière d'information sur la qualité des soins permet aux patients de prendre de meilleures décisions et pousse les hôpitaux à viser encore plus l'excellence dans la prestation des soins. »

Chaque rapport énumère les services médicaux et non médicaux que fournit un hôpital et indique à quel point ses installations sont accessibles aux personnes handicapées. Le nombre total de lits par service hospitalier et de cas d'hospitalisation peut aussi être trouvé dans les rapports. De plus, les patients peuvent trouver de l'information sur les effectifs médical, infirmier et auxiliaire ainsi que leurs niveaux de formation.

Les rapports présentent également des statistiques sur le nombre de maladies diagnostiquées, la quantité de cas pour chaque type d'intervention (OPS) ainsi que leurs taux de complication correspondants. On y trouve aussi toute l'information répartie selon

le service hospitalier. La fréquence à laquelle une intervention a été pratiquée au cours d'une année est un bon indicateur de qualité. Plus souvent une intervention aura été pratiquée dans un service hospitalier donné, plus on présumera que ce service jouit d'une grande expertise dans ce type d'intervention. Le nombre de complications et les taux d'infection sont aussi des paramètres de décision très tangibles pour les patients.

Les rapports permettent une plus grande transparence et accordent plus de choix aux patients en matière d'hospitalisation. Par ailleurs, les hôpitaux peuvent utiliser leurs rapports comme outils de marketing et la plupart des établissements hospitaliers les publient habituellement sur leurs sites Web. Puisqu'ils rivalisent pour attirer des patients, ils se servent de leurs rapports en vue de promouvoir leurs services et leur niveau de qualité. Les hôpitaux offrant un niveau de qualité plus élevé sont de cette façon probablement capables d'attirer plus de patients.

Le système des rapports de qualité est un processus qui évolue sans cesse. Cela signifie qu'en tout temps, des experts délégués par le secteur des assurances et les fournisseurs de services hospitaliers vérifient la pertinence des indicateurs de qualité et évaluent la pertinence d'ajouter des indicateurs additionnels afin d'exprimer d'une manière plus transparente la qualité des soins donnés dans les hôpitaux. Des analyses et sondages permettent de classer les indicateurs selon leur utilité pour les patients et, par conséquent, de modifier la liste. Des indicateurs peuvent ainsi être supprimés si le comité d'experts juge qu'ils sont trompeurs ou non pertinents à des fins de comparaison entre hôpitaux. Plus longtemps ce processus d'apprentissage se poursuivra, meilleure sera la qualité de l'information proposée aux patients.

Au cours des huit dernières années, le comité mixte a décidé d'augmenter graduellement le nombre d'indicateurs de qualité mentionnés dans les rapports, qui sont passés d'à peine 28 à 289. Certains des indicateurs ajoutés récemment concernent la mobilité des patients après une opération au genou, les taux d'infection après remplacement d'un implant et le nombre de nouveau-nés ayant éprouvé des complications.

206. Mirella Cacace, Stefanie Ettelt, Laura Brereton, Janice Pedersen et Ellen Nolte, *op. cit.*, note 30, p. 42.

207. Comité mixte fédéral: Vereinbarung gemaess §137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V ueber Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts fuer nach §108 SGB V zugelassene Krankenhaeuser. *BAnz.* 22.12.2005 242:16896.

Un sondage de la Fondation Bertelsmann a révélé que plus de 70 % des patients liraient des rapports de qualité s'ils le pouvaient avant de choisir un hôpital pour y subir un traitement électif. Soixante-dix pour cent de ceux qui avaient déjà consulté des rapports ont affirmé qu'il était facile d'y trouver l'information pertinente. En outre, 75 % des patients échantillonnés pour le sondage se sont déclarés d'accord avec l'énoncé selon lequel les rapports contiennent l'information dont ils ont besoin pour prendre une décision éclairée²⁰⁸.

Afin de rendre les rapports plus faciles à comprendre et à utiliser pour les patients, la caisse d'assurance-maladie AOK offre sur Internet un outil convivial de recherche et de comparaison des niveaux de qualité appelé Health Navi²⁰⁹. Health Navi présente toutes les données que les hôpitaux doivent inclure dans leurs rapports de qualité, ce qui permet aux patients de comparer rapidement les niveaux de qualité de différents hôpitaux pour n'importe quel traitement.

Ce ne sont toutefois pas seulement les patients qui tirent profit de ces rapports. Quatre médecins et administrateurs d'hôpital sur cinq sont d'accord pour dire qu'il est important d'avoir des rapports de qualité détaillés. Des rapports structurés aident les médecins et administrateurs d'hôpital à mieux connaître les niveaux de qualité dans leur propre hôpital et à comparer leur performance à celle d'autres établissements hospitaliers.

Les patients et médecins estiment qu'il est très pertinent de connaître le degré de spécialisation d'un service hospitalier, le nombre de cas traités pour chaque type d'intervention et la qualité des différents traitements. Le niveau de compétence des médecins et du personnel infirmier est aussi l'un des indicateurs les plus précieux pour les patients²¹⁰. Dans une étude publiée en 2007, des chercheurs ont démontré que les patients allemands fondent leur choix de fournisseur principalement sur la qualité des soins, les temps d'attente et la stabilité du personnel

plutôt que sur le lieu des soins. On a constaté que la spécialisation et l'expertise des fournisseurs à faire face aux cas complexes et risqués, de même qu'en ce qui a trait aux complications et aux imprévus constituaient les éléments les plus importants du choix des patients²¹¹.

Une transparence et une concurrence accrues en matière de qualité ont vraisemblablement mené à une augmentation de la qualité globale mesurée des hôpitaux en Allemagne. En 2009, l'institut qui effectue les contrôles externes de la qualité des hôpitaux, l'AQUA Quality Institute, avait noté 21 indicateurs de qualité pour lesquels le système hospitalier du pays avait obtenu des résultats d'une médiocrité inquiétante. En 2012, l'institut n'a noté qu'un indicateur révélant des problèmes de qualité inquiétants²¹².

« Des rapports structurés aident les médecins et administrateurs d'hôpital à mieux connaître les niveaux de qualité dans leur propre hôpital et à comparer leur performance à celle d'autres établissements hospitaliers. »

Une étude récente indique qu'après l'entrée en vigueur des rapports de qualité obligatoires, les hôpitaux qui offraient initialement une performance inférieure aux attentes sont parvenus à hausser leurs niveaux de qualité plus fortement que les autres hôpitaux. En outre, ceux qui offraient la meilleure performance d'après les mesures de la qualité des résultats ont connu les plus fortes augmentations du nombre de patients²¹³. Encore une fois, ce fait illustre que les patients sont conscients de l'utilité des rapports de qualité publiés lorsqu'ils ont à choisir un fournisseur de soins.

208. Max Geraedts, Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Versicherungssicht.

209. On peut visiter le site Web d'AOK à l'adresse www.aok-gesundheitsnavi.de.

210. Max Geraedts, David Schwartz et Tanja Molzahn, « Hospital quality reports in Germany: patient and physician opinion of the reported quality indicators », *BMC Health Services Research*, vol. 7, 2007, p. 57.

211. David L. B. Schwappach et Thomas J. Strasmann, « Does location matter? A study of the public's preference for surgical care provision », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 13, 2007, p. 259-264.

212. Institute for Applied Quality Improvement and Research in Health Care GmbH, *German Hospital Quality Report 2012* (en allemand), AQUA Zukunft Durch Qualität, 2013.

213. Lapo Filistrucchi et Fatih Cemil Ozbugday, « Mandatory Quality Disclosure and Quality Supply: Evidence from German Hospitals », document de travail no 2012-070, Tilburg Law and Economics Center, Université de Tilburg, juin 2012.

La réforme et ses avantages

Le gouvernement du Québec devrait établir un système de publication obligatoire de rapports de qualité pour tous les hôpitaux de la province. Ce serait un pas important pour permettre aux patients de se prendre en charge et encourager le choix des patients ainsi que la concurrence entre fournisseurs de soins de santé.

Une plus grande transparence de l'information permettrait aux patients d'agir comme des consommateurs et de prendre de meilleures décisions. Les patients pourraient aller là où la qualité est la meilleure et voter avec leurs jambes, ce qui entraînerait peu à peu une amélioration de la qualité des soins dans le système de santé. Effectivement, la publication de rapports pousserait les fournisseurs de services à chercher de nouveaux moyens d'améliorer leur performance non seulement sur le plan de la qualité mais aussi de l'efficacité.

« Une étude récente nous apprend que les taux d'infection ont diminué de 26 % dans les deux années qui ont suivi la mise en œuvre de la réforme. »

Même dans un contexte où les hôpitaux sont payés en fonction de budgets globaux et où la concurrence et le choix des patients ne jouent pas un rôle important, le simple fait d'exiger la publication d'indicateurs de qualité pourra inciter les administrateurs à améliorer leur performance pour éviter l'humiliation d'un rapport défavorable. En Ontario, par exemple, les hôpitaux sont soumis à une obligation de publier mensuellement leurs taux d'infection au *C. difficile* depuis septembre 2008²¹⁴. Une étude récente nous apprend que les taux d'infection y ont diminué de 26 % dans les deux années qui ont suivi la mise en œuvre de la réforme, ce qui représente plus de 1900 cas évités annuellement²¹⁵. À leur tour, ces taux d'infection plus

bas ont probablement entraîné une réduction des coûts à payer pour fautes médicales, complications et hospitalisations prolongées en raison d'infections contractées en milieu hospitalier.

On oppose souvent à la publication des indicateurs de qualité l'argument selon lequel elle pourrait inciter les hôpitaux à se concentrer sur les aspects visibles et mesurés des soins et à négliger d'autres aspects qui ne sont pas évalués. Bien qu'une telle chose soit possible, il faut reconnaître qu'un tel système constituerait quand même une amélioration par rapport à la situation actuelle au Québec où très peu d'indicateurs sont mesurés et où, suivant la logique de cet argument, presque tous les aspects des soins de santé sont à risque d'être négligés.

Selon un autre argument, plus convaincant celui-là, les hôpitaux pourraient être incités à éviter les cas plus risqués et plus complexes afin de maintenir leurs bonnes notes en matière de qualité²¹⁶. Il est cependant possible de corriger un tel problème en ajustant les diverses mesures de performance pour tenir compte des différences d'âge, du sexe des patients, et de la présence de comorbidité et de complications. Quand de tels ajustements en fonction du risque sont effectués, les preuves empiriques révèlent que les incitations des hôpitaux ou des médecins à éviter de traiter les cas plus sévères disparaissent²¹⁷. On doit également reconnaître qu'il deviendrait beaucoup plus difficile, dans un contexte de concurrence et de transparence accrues, pour les fournisseurs tant publics que privés de réussir à flouer le système.

Enfin, un bon nombre d'études montrent que la publication obligatoire d'indicateurs de performance des hôpitaux améliore la qualité globale des soins²¹⁸.

214. Depuis septembre 2008, le gouvernement de l'Ontario exige des hôpitaux qu'ils dévoient publiquement des renseignements sur une série d'indicateurs reliés à la qualité et à la sûreté des soins. <https://www.oha.com/CurrentIssues/keyinitiatives/PatientSafety/Pages/PatientSafetyIndicatorsandPublicReporting.aspx>.

215. Nick Daneman *et al.*, « Reduction in *Clostridium difficile* Infection Rates after Mandatory Hospital Public Reporting: Findings from a

Longitudinal Cohort Study in Canada », *PLOS Medicine*, vol. 9, no 7, 2012.

216. Rachel M. Werner et David A. Asch, « The Unintended Consequences of Publicly Reporting Quality Information », *Journal of the American Medical Association*, vol. 293, no 10, 2005, p. 1239-1244.

217. Voir Jonathan T. Kolstad, « Information and Quality when Motivation is Intrinsic: Evidence from Surgeon Report Cards », *American Economic Review*, vol. 103, no 7, 2013, p. 2875-2910; David M. Cutler, Robert S. Huckman et Mary Beth Landrum, « The Role of Information in Medical Markets: An Analysis of Publicly Reported Outcomes in Cardiac Surgery », *American Economic Review*, vol. 94, no 2, 2004, p. 342-346.

218. David M. Cutler, Robert S. Huckman et Mary Beth Landrum, *ibid.*; Shin-Yi Chou *et al.*, « Competition and the impact of online hospital report cards », *Journal of Health Economics*, 2014 (publication à venir); Christopher S. Hollenbeak *et al.*, « Reductions in Mortality Associated with Intensive Public Reporting of Hospital Outcomes », *American*

En outre, lorsque le financement des hôpitaux est partiellement lié à la performance, comme c'est le cas dans quelques pays comme l'Angleterre, on constate que la qualité des soins s'améliore encore plus²¹⁹.

Journal of Medical Quality, vol. 23, no 4, juillet-août 2008, p. 279-286; Judith H. Hibbard, Jean Stockard et Martin Tulser, « Does Publicizing Hospital Performance Stimulate Quality Improvement Efforts? », *Health Affairs*, vol. 22, no 2, 2003, p. 84-94; David E. Ikkersheim et Xander Koolman, « Dutch healthcare reform: did it result in better patient experiences in hospitals? A comparison of the consumer quality index over time », *BMC Health Services Research*, vol. 12, no 76, 2012.

219. Peter K. Lindenauer *et al.*, « Public Reporting and Pay for Performance in Hospital Quality Improvement », *New England Journal of Medicine*, vol. 356, 2007, p. 486-496; Matt Sutton *et al.*, « Reduced Mortality with Hospitals Pay for Performance in England », *New England Journal of Medicine*, vol. 367, 2012, p. 1821-1828.

CONCLUSION

Depuis le début des années 2000, plusieurs groupes de travail et commissions ont proposé des réformes visant, entre autres, à faire plus de place au secteur privé et à la concurrence dans le système de santé québécois. Malgré ces recommandations, les patients disposent toujours de très peu d'options en matière de services de santé. La fourniture des soins jugés « essentiels » demeure encore largement monopolisée par le secteur public. Le rôle de l'assurance maladie privée est pour sa part limité à la seule couverture des services non assurés par le régime public.

Aucun pays développé de l'OCDE n'impose autant de restrictions à ses citoyens dans le domaine de la santé. Ces contraintes donnent-elles lieu à de meilleurs résultats au chapitre de l'accès et de la qualité de services offerts? Si l'on se fie aux expériences étrangères, la réponse est un « non » catégorique.

En comparaison de la vaste majorité des pays de l'OCDE, les résultats du système public de santé québécois sont loin d'être satisfaisants et la situation ne va pas en s'améliorant. Dans les classements internationaux, le Québec se situe au mieux dans la moyenne des pays lorsqu'on compare les indicateurs de qualité de soins, alors que ses dépenses en santé sont parmi les plus élevées²²⁰.

En ce qui concerne les temps d'attente pour obtenir les soins requis, le Québec, à l'instar du reste du Canada, arrive en queue de peloton depuis plusieurs années. L'engorgement dans les urgences est un problème toujours aussi préoccupant qu'il y a trente ans. Le monopole étatique et les restrictions qui y sont associées entraînent une inefficacité et un rationnement des services qui font en sorte que les mieux nantis ou ceux qui ont des relations bénéficient souvent d'un accès privilégié aux soins dans notre système de santé.

Constatant l'inefficacité des solutions traditionnelles pour régler le problème de l'attente, une grande majorité de Québécois souhaitent du changement. Selon le plus récent rapport d'enquête du Commissaire à la santé et au bien-être sur les perceptions et les expériences des soins de la population, 77 % des Québécois considèrent que le système de santé requiert des changements fondamentaux ou est à reconstruire totalement²²¹. D'autres sondages menés ces dernières années nous indiquent également qu'une proportion grandissante de Québécois souhaiteraient que le gouvernement explore la voie du privé.

« Le gouvernement du Québec n'a plus d'excuse valable pour s'empêcher de réformer le système de santé en y incorporant des solutions de marché, à l'image de ce qui s'est fait avec succès dans les autres pays avancés. »

Or, à cet égard, les modèles à suivre sont nombreux. Comme on l'a vu, la vaste majorité des pays développés, aux prises avec des défis similaires aux nôtres, ont entrepris ces dernières décennies des réformes en décentralisant la gestion, en faisant appel au secteur privé pour la prestation des soins et en mettant en place des mécanismes de concurrence entre les différents hôpitaux. À l'intérieur de ces systèmes de santé, les patients ont désormais la liberté de choisir non seulement leur médecin mais aussi l'établissement au sein duquel ils désirent être traités, qu'il soit du secteur privé ou public. En vertu du mode de financement des hôpitaux en fonction des cas traités, les établissements qui parviennent à attirer plus de patients par la qualité de leurs services en sont récompensés en recevant plus de fonds.

Contrairement à certaines croyances, ces réformes n'ont constitué en rien une menace aux objectifs d'universalité et d'accessibilité des soins. Elles ont en revanche apporté d'importants bénéfices, notamment au chapitre de l'amélioration des temps d'attente et de la qualité des services.

220. Voir à cet égard l'outil interactif en ligne de l'Institut canadien d'information sur la santé : http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/fr/documentfull/health+system+performance/indicators/international/oecd_etool_results.

221. Mike Benigeri et Olivier Sossa, *op. cit.*, note 7, p. 14.

Le gouvernement du Québec n'a donc plus d'excuse valable pour s'empêcher de réformer le système de santé en y incorporant des solutions de marché, à l'image de ce qui s'est fait avec succès dans les autres pays avancés. C'est de cette façon qu'il parviendra à régler le principal problème, soit celui des listes d'attente.

À propos de l'auteur



YANICK LABRIE

YANICK LABRIE est titulaire d'un baccalauréat en sciences économiques de l'Université Concordia et d'une maîtrise en sciences économiques de l'Université de Montréal. Avant de se joindre à l'IEDM, il a été professeur d'économie au Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu et chargé de cours à l'Institut d'économie appliquée de HEC Montréal. Auparavant, il a été professionnel de recherche au Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO). Il a également contribué à la rédaction de plusieurs mémoires scientifiques. Il est fréquemment invité à participer à des conférences et à des débats, et à commenter l'actualité économique dans les médias. Plusieurs de ses articles sont parus dans les journaux dont le *National Post*, *The Gazette*, *La Presse* et *The Province*.

