

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

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

John Fitzgerald Kennedy

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

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

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

Pour certains, les APS favorisent une complémentarité intéressante entre les secteurs privé et public : entre autres en constituant une source alternative de financement, en augmentant l'offre de soins et en renforçant la responsabilité individuelle des citoyens face à leur état de santé. Certains avancent que le secteur privé a les habiletés pour trouver des réponses plus efficaces et adaptées ce qui permettrait aux gouvernements de couper les dépenses du secteur public. La compétition entre des assureurs contribuerait également à améliorer les services et l'efficacité en minimisant les

coûts, en offrant plus de soins de qualité tout en favorisant une diminution des délais d'attente. Les assureurs seraient plus dynamiques, plus innovateurs et plus sensibles aux préférences des consommateurs. Pour eux, les systèmes publics sont caractérisés par la bureaucratie, la lenteur et la rigidité. Les APS peuvent jouer une variété de rôles allant d'une couverture principale pour des groupes particuliers de la population à des rôles de support aux systèmes publics.

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

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

1- L'importance et les types d'APS

Bien que l'importance des APS varient significativement entre les pays de l'OCDE, elle représente en moyenne 6,3% des dépenses totale de santé (Tapay et Colombo, 2004). Aux États Unis, les APS représentaient 35% des dépenses totales de santé. En

France, en Allemagne, en Hollande, en Suisse et au Canada, les APS se situent entre 10 et 15% des dépenses totales de santé. En Australie, en Irlande, en Espagne, en Nouvelle Zélande et en Autriche, la proportion des APS se situe entre 4 et 10%. Pour les autres pays de l'OCDE, la contribution aux APS représente moins de 4% des dépenses totales de santé (Tapay et Colombo, 2004).

Il y a une panoplie de types d'assurance. Brièvement, les APS sont divisées en différents types : primaire, duplicative, complémentaire ou supplémentaire. Les APS de **type primaire** se retrouvent dans les pays, tels les États-Unis, où il n'y a pas de couverture universelle de soins de santé. Ces APS ont pour fonction de couvrir les soins des personnes qui n'ont pas accès à une couverture publique.

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

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

peuvent réduire les dépenses publiques, toutefois ces assurances n'offrent pas de couverture universelle.

2- Les coûts des APS

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

La hausse des dépenses totales de santé démontre que les APS créent une forte pression sur l'ensemble des dépenses encourues par les populations. Les assureurs privés n'ont pas le même pouvoir de négociation ni recours aux mêmes modalités que les systèmes publics afin d'agir sur les prix et la quantité de soins. Les systèmes publics ont d'ailleurs des moyens efficaces de contrôle des dépenses tel le budget global. En principe, les APS peuvent transférer les coûts du secteur public, mais l'évidence démontre que ce transfert ne se produit que rarement. Les hôpitaux privés se concentrent sur les risques mineurs tandis que les soins plus complexes et plus dispendieux demeurent avec le système public (Tapay et Colombo, 2004).

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

Traditionnellement, la responsabilité d'atteindre les objectifs de qualité des soins reposait sur les épaules de la profession médicale et des organismes professionnels de régulation. Mais la qualité des soins est devenue une priorité des décideurs confrontés à des problématiques tels les événements indésirables et les coûts élevés. Cependant et bien que certaines personnes pensent que les assureurs privées donnent accès à des

soins de qualité et qu'ils utilisent des instruments d'évaluation, la réalité est toute autre. Il y a un manque d'incitatifs pour récompenser la qualité des soins et surtout un manque d'informations adéquates (Tapay et Colombo, 2004).

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

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

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

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

toutefois une capacité limitée et ils offrent surtout des soins électifs ou non urgents (Tapay et Colombo, 2004).

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

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

5- L'expérience américaine

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

Le premier point de vue est celui d'Erik Book (2005), officier médical en chef de Blue Shield, une compagnie d'assurance de Californie. Ce dernier écrivait dans une édition récente du *Health Affairs* que les nouvelles technologies allaient faire grimper les primes pour obtenir des APS à des niveaux très élevés à court terme. Les nouveaux tests diagnostics, les nouveaux traitements et les nouveaux médicaments

font augmenter les coûts des APS à des niveaux démesurés. Par exemple, les coûts d'imagerie de la Blue Shields ont augmenté de 20% de 2003 à 2004 et cette dépense ne représente qu'une portion de l'impact des dépenses puisqu'il y a une plus grande utilisation des traitements également sophistiqués et coûteux.

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

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

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

Une situation préoccupante se dessine à l'horizon. Aux États-Unis, la productivité et les salaires croissent à des niveaux inférieurs aux coûts en santé ; cela pousse les

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

Conclusion

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

Introduire des assurances privées, comme le gouvernement Charest (MSSS, 2006) s'appête à le faire n'est pas un problème en soi. Ce qui nous apparaît plus problématique, c'est d'exacerber les inégalités socioéconomiques et de s'attaquer aux prémisses même du vivre ensemble, de la citoyenneté et des principes qui ont structuré l'évolution de notre système de soins notamment l'accessibilité universelle en fonction des besoins et non de la capacité de payer et/ou de la réussite économique des individus. Les assureurs n'ont pas à s'occuper d'augmenter l'équité ou la solidarité entre les citoyens puisque ces préoccupations relèvent de l'État; l'objectif premier des assureurs privés est d'offrir des produits attrayants pour les consommateurs, de réaliser des profits et de fructifier l'avoir des actionnaires.

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

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

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

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

Bibliographie

Book, E.L. (2005). «Health insurance trends are contributing to growing health inequality». *Health Affairs*, 6 december, 577-579.

Colombo, F., Tapay, N. (2003). *Private health insurance in Australia : A case study. OECD Health Working Papers*, no. 8, OCDE, Paris.

Gabel, J., Claxton, G., Gil, I., Pickreign, J., Whitmore, H., Finder, B., Hawkins, S., Rowland, D. (2005). «Health benefits in 2005 : Premium increases slow down, coverage continues to erode». *Health Affairs*, Sept-Oct, 24(5) : 1273-1280.

Heffler, S., Smith, S., Keehan, S., Clemens, M.K., Zezza, M., Truffer, C. (2004). «Health spending projections through 2013». *Health Affairs*, 11 février, 79-93.

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

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

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

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

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

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

¹ Les vues exprimées sont celles de membres du Groupe Espace Santé. Les opinions exprimées n'engagent que les signataires/auteurs.

Louis Aucoin, M.A.P., Conseiller principal en stratégie;
Linda Cazale, Ph.D. (Santé publique), Chercheuse post-doctorale à l'Hôpital Charles LeMoine ; Faculté de médecine, Université de Sherbrooke;
Benoit Gareau, Dentiste en cabinet privé, Étudiant à la M.Sc. en

Administration de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal;

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

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

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

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

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