

Le rapport Arpin

Le Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système de santé au Québec, présidé par M. Roland Arpin, a été constitué en 1998 avec le mandat d'amorcer une réflexion sur la complémentarité du secteur privé comme appoint à la mission du secteur public de la santé et des services sociaux.

Le rapport Arpin s'attarde entre autres à la question de l'évolution des dépenses en santé provenant des secteurs public et privé. Bien que traitant principalement de la situation au Québec, le rapport traite aussi de la situation du financement qui prévaut au Canada et la compare avec celle d'autres pays de l'OCDE.

Le rôle de principal assureur de l'État est en voie de devenir de moins en moins important. Au Québec, certains déplorent que le secteur privé assure *« environ 30 % des services de santé sans même qu'il n'y ait eu débat sur cette question »*. Cette hausse ressemble à une sorte de privatisation « tranquille » du système public de santé causée par la diminution du financement provenant de l'État au cours des dernières années : *« La non-couverture de certains services dentaires et d'optométrie autrefois assurés, l'application de frais accessoires pour certains services en clinique privée, les hausses des contributions et l'obligation pour tous de s'assurer dans le cadre du nouveau régime d'assurance médicaments.2 »* Ce désengagement de l'État s'est aussi traduit par la participation accrue d'organismes bénévoles et communautaires.

Toujours selon le Rapport Arpin, certains experts recommandent *« une dose contrôlée de concurrence à l'intérieur d'un système de santé demeurant entièrement public »*.² Cela permettrait, à leur avis, *« d'y introduire une dynamique inhérente d'innovation et d'amélioration de la performance clinique et financière des services »*.² Des systèmes semblables existent déjà au Royaume-Uni, en Nouvelle-Zélande et dans certains pays nordiques.

La voie du partenariat entre le public et privé

Si l'amélioration préalable du système public de santé fait consensus, les avis divergent lorsque qu'il est question de partenariats avec le secteur privé. Voici quelques-uns des faits saillants qui se dégagent du rapport :

L'approche actuelle en matière de financement continue de bénéficier d'un fort appui. Par contre, certains évoquent la possibilité de ne plus couvrir un nombre de services de santé reconnus comme « non essentiels » (p. ex. : les examens administratifs, la chirurgie esthétique). D'autres soulèvent la possibilité de permettre à ceux qui en ont les moyens de payer pour obtenir des services plus rapidement. Cela permettrait, selon eux, de réduire les files d'attente et d'injecter de l'argent neuf dans le système public.

De 1984 à 1998, la part des dépenses privées, comparativement aux dépenses totales en santé, est passé de 24 % à environ 30 % au Canada. Pendant ce temps, les dépenses publiques en santé ont augmenté à un rythme inférieur en raison des efforts de compressions budgétaires des gouvernements. Les mesures de rationalisation appliquées par certains gouvernements provinciaux au cours des années quatre-vingt-dix ont fait suite à la réduction des transferts fédéraux pour la santé. Le groupe de travail présidé par M. Roland Arpin résume ainsi la situation en ce qui a trait au financement du système de santé : *« La hausse de la part relative des dépenses privées dans les dépenses totales de santé, au cours des années 90, ne résulte pas globalement d'une accélération du niveau des dépenses privées et d'un mouvement de substitution par elles des dépenses publiques de santé. Elle résulte essentiellement du fait que les dépenses publiques de santé ont ralenti brusquement leur croissance à compter de 1992, sous l'effet des mesures de stabilisation appliquées par le gouvernement dans ses politiques de rémunération, et des économies réalisées par le réseau par ses réorganisations. »*²

Selon le groupe de travail, la question principale n'est pas de savoir quelle option particulière permettrait de réduire les coûts ou d'accroître les ressources financières du système. Certaines propositions pourraient être susceptibles de faire réaliser des économies intéressantes, mais la question de la place du privé en santé va plus loin que la seule dimension financière. Il s'agit avant tout d'une question de principes et de valeurs dans laquelle les organismes communautaires ont un rôle important à jouer.

Selon le rapport Arpin, il est de plus en plus clair que le système a besoin de nouvelles formes de collaborations entre le public, le privé et d'autres intervenants non gouvernementaux en ce qui a trait à la prestation de service de santé de qualité. D'ailleurs, même l'*Organisation mondiale de la santé* souligne l'importance de ces nouveaux partenariats qui nécessitent la participation des différents niveaux de gouvernements, des établissements universitaires, du secteur privé, des syndicats, des ONG, des organismes communautaires et de plusieurs autres partenaires, tout en précisant le rôle de chef de file que doit jouer le secteur public dans ce type d'entreprise.

En résumé, le rapport Arpin dit non à la privatisation du système de santé, mais oui à la coexistence du public et du privé dans le domaine de la santé et des services sociaux ainsi qu'à une meilleure utilisation des forces de chacun de ces deux secteurs.

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA)

Tout comme le groupe de travail présidé par M. Roland Arpin, le CCNTA ne nie pas le rôle éminent du secteur privé dans le système de santé canadien, mais il semble craindre davantage les effets de ce dernier sur la qualité des soins. Bien que le public canadien semble accepter que le privé joue un certain rôle dans la prestation de services de soins de santé, le CCNTA se préoccupe du fait que des services communautaires soient offerts par des organismes à but lucratif. Le CCNTA insiste sur le rôle de premier plan que doit jouer le gouvernement en matière de réglementation, de gestion, de normes, d'évaluation, de conditions de travail et de formation du personnel : « *Le CCNTA recommande que les gouvernements provinciaux et territoriaux jouent un rôle majeur dans la réglementation publique des services de soins à domicile, la gestion des processus compétitifs d'adjudication des contrats de soins à domicile et les processus de surveillance et de reddition des comptes, afin d'assurer la qualité des soins, un accès équitable aux soins et la promptitude du service. Compte tenu de toutes les dimensions du débat sur la privatisation des soins de santé, le CCNTA estime qu'il est possible d'opérer ces changements sans accroître le coût total (public et privé) des soins de santé, sans violer l'intégrité et l'universalité des services médicalement nécessaires, sans menacer les services dont les aînés ont besoin pour rester en santé et continuer à vivre chez eux (particulièrement les soins à domicile), et sans augmenter le fardeau financier des aînés à faible revenu par rapport à celui des aînés à revenu élevé.* »

Gouvernance de la santé : remue-ménage nécessaire

Dans la version électronique du périodique *Optimum – La revue de gestion du secteur public*, qui traite de questions nationales et internationales touchant l'administration publique, Gilles Paquet, rédacteur en chef du périodique ainsi que professeur émérite et chercheur supérieur attaché à l'École des études politiques de l'Université d'Ottawa, nous offre une panoplie d'articles sur le sujet de la gouvernance et de la gestion publique.

Dans un article intitulé *Gouvernance de la santé : remue-ménage nécessaire*, il part du constat évident que le système actuel coûte trop cher et qu'il ne nous en donne pas pour notre argent. Le Canada dépense plus que la plupart des pays du monde, mais ne figurait qu'au 30^e rang en l'an 2000 dans le classement des meilleurs systèmes de santé réalisé par l'*Organisation mondiale de la santé*. M. Paquet énumère les causes des problèmes qui affectent depuis plusieurs années déjà le système de santé canadien. Il propose des solutions, analyse la situation à l'étranger et recense les obstacles auxquels devraient faire face une éventuelle réforme du système de soins de santé.

Selon M. Paquet, il s'agit d'un problème de gouvernance. Il dénonce les deux principes de base de la gouvernance en santé, c.-à-d., la gratuité, qui fait augmenter la demande, et le monopole d'État, qui nuit à l'offre de services de santé : *« En effet, quand le prix nominal d'un service est zéro, la demande tend à s'accroître de manière exponentielle. Il s'ensuit une inflation des dépenses imposées au monopole d'État chargé de fournir ces soins. Mais cet accroissement des dépenses publiques rencontre vite des blocages importants à proportion que l'État fait face au ras-le-bol fiscal des citoyens qui ne veulent pas voir croître leurs impôts. On est donc forcé de contenir l'accroissement des dépenses publiques, et de bloquer la croissance dans les budgets de la santé. En conséquence, les services sont rationnés : réduction du nombre de médecins, fermeture de lits d'hôpitaux, files d'attente, etc. L'insatisfaction croissante et la frustration des citoyens s'ensuivent. »*

Parmi les solutions proposées, M. Paquet souligne l'importance de responsabiliser les citoyens en les rendant conscient de ce qu'il en coûte pour répondre à la demande. Il préconise entre autres l'imposition de frais dissuasifs (ticket modérateur) : *« En fait, un régime de soins à plusieurs vitesses est mieux ajusté aux demandes diverses des patients qui évidemment sont aussi à plusieurs vitesses – elles ne réclament pas la même attention et la même célérité dans tous les cas. Et les frais dissuasifs ou supplémentaires pour certains services vont responsabiliser les citoyens et les amener à choisir ce qui semble convenir à leur situation et non pas des services chromés qui ne sont pas nécessaires simplement mais qu'on réclame puisque c'est gratuit. Cela va non seulement réduire la demande mais la redéployer vers les endroits où on peut y répondre aux moindres coûts. »*⁸

M. Paquet a également analysé les formules utilisées dans d'autres pays. Habituellement, les études et les analyses sur le sujet citent en exemple les mêmes pays (la France, les pays scandinaves, la Suisse). M. Paquet s'est, quant à lui, attardé à la situation intéressante qui prévaut à Singapour (6^e au classement mondial de l'OMS) : *« À Singapour, on est allé plus loin. On a mis en place un système dans lequel tous contribuent et on a assigné à chaque citoyen un compte d'épargne santé. Il s'agit d'un certain montant mis à la disposition de chaque citoyen chaque année pour ses soins, et qu'il peut dépenser comme et où il l'entend. Le reliquat non-dépensé à la fin de l'année est reporté au crédit de l'année suivante. D'autre part, quand un individu est confronté à une situation catastrophique à la suite d'un accident ou d'une maladie grave, au-delà d'un certain seuil, toutes les dépenses sont prises en charge par le régime. »*⁸

Évidemment, il est aussi question de la Suède, ainsi que de la France qui, selon l'OMS, possède le meilleur système de santé au monde : *« En Suède, toute une ribambelle de service [sic] a été privatisée entraînant des réductions de coûts substantiels [sic]. Bientôt plus de 40 pour cent des services de santé y seront privatisés. En France, le tiers des hôpitaux sont en propriété privée. »*⁸

De plus, M. Paquet propose de *« redonner l'ouïe aux offreurs »* en éliminant le monopole d'État pour promouvoir la concurrence et la prestation de services à plusieurs guichets : *« En effet, tout monopole est source de servitude pour le consommateur et d'inefficacité pour les offreurs qui sont immunisés contre les pressions des concurrents potentiels. »*⁸ Il estime que la participation du secteur privé offre davantage de ressources et de choix, favorise une saine concurrence et rend le système plus efficace.

Selon M. Paquet, les deux principaux obstacles à une éventuelle réforme du système de santé sont les groupes d'intérêt (bureaucrates, syndicats, etc.) et les « prisons mentales » (quarante ans d'endoctrinement par les tenants de l'État providence). Dans son article, M. Paquet cite l'ouvrage du Docteur David Gratzner (*Better Medicine: Reforming Canadian Health Care*) pour illustrer comment les groupes d'intérêt nuisent à toute réforme : *« Certaines études ont montré comment une forte proportion des ressources additionnelles versées au secteur de la santé ne se concrétise pas en une amélioration du niveau de soins mais aboutit dans la poche des groupes d'intérêt comme les syndiqués du secteur public. »* Et pour expliquer ce qu'il entend par « prisons mentales », il y va d'une attaque modérée contre les tenants de l'État providence : *« Ceux-ci en sont arrivés à convaincre le citoyen que l'État était le seul protecteur fiable du citoyen et que toute forme d'érosion de l'État ne saurait que se traduire par un déclin du bien-être des citoyens. [] C'est une sorte de conviction profonde*

qui, même si elle est fausse, emporte l'accord émotionnel de nombre de Canadiens. C'est d'autant plus dangereux que les groupes d'intérêt utilisent cette peur des citoyens à bon escient. On promet la catastrophe si jamais le système était modifié, et des expressions comme "médecine à deux vitesses" ou "médecine à l'américaine" suffisent maintenant pour faire achopper tout débat rationnel sur le régime de soins. »⁸

Comme M. Paquet a pu le constater, les principaux obstacles aux réformes du système de santé canadien se situent du côté de l'offre de services. Dans le système actuel, les différents niveaux de gouvernements, les associations et syndicats du domaine de la santé et certains acteurs provenant de l'extérieur du système de santé ignorent le patient qui est considéré comme une simple statistique. Dans un système concurrentiel, sans monopole, redéfinissant les rôles de chacun des acteurs du système et offrant des services à plusieurs guichets, le patient aurait davantage son mot à dire ou, du moins, il pourrait choisir le service qui lui convient le mieux et ainsi changer les règles du jeu.

Le rapport de la Commission Romanow

Il aurait été difficile de passer en revue les principaux rapports de groupes de travail ou de commissions ayant trait au système de santé sans analyser le contenu du rapport de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, publié en novembre 2002 et présidée par Roy Romanow, ancien premier ministre de la Saskatchewan.

Le rapport de la Commission Romanow met entre autres l'accent sur la prévention et la promotion de la santé ainsi que sur la lutte contre l'obésité et la promotion de l'activité physique. La Commission recommandait également la création d'un *conseil national de la santé*, ce qui a été fait en février 2003 dans le cadre de négociations entre le fédéral et les provinces. Mais d'autre part, le rapport insiste très peu sur la responsabilisation des citoyens et des différents acteurs du domaine de la santé.

Dans la section traitant de la prestation de services privés, la Commission se prononce fermement contre la participation du secteur privé en santé. En revanche, elle a le mérite de faire une distinction importante entre les soins de santé directs et les services auxiliaires. Malheureusement, elle a la maladresse de se prononcer contre la prestation de services de santé par le secteur privé, offrant une concurrence saine à l'intérieur du système au lieu d'un monopole d'État, tout en invoquant le même argument en faveur des services auxiliaires privés : « *En outre, si le service laisse à désirer, il est fort probable que l'hôpital puisse se tourner vers des concurrents pour obtenir des services de blanchisserie ou des services alimentaires.* » Pourtant, pour ce qui est des services de santé offerts par le secteur privé, il aurait été si simple d'écrire : « *En outre, si le service laisse à désirer, il est fort probable que le patient puisse se tourner vers des concurrents pour obtenir des services médicaux, diagnostiques ou chirurgicaux.* »

De plus, quelques affirmations gratuites, hypothétiques et douteuses enlèvent de la crédibilité à ce rapport. « *Il est également improbable qu'il y ait un nombre intéressant de concurrents en mesure d'offrir les mêmes services de santé si un fournisseur se révèle insatisfaisant.* »⁹ Cette affirmation n'est qu'une hypothèse. Par contre, si l'on continue d'interdire la concurrence et que l'on perpétue ce monopole d'État, il est évident qu'il n'y aura pas suffisamment de concurrents pour offrir certains services de santé. Il est aussi étonnant de voir que la même Commission utilise la peur et promet la catastrophe dans l'éventualité d'une concurrence publique-privée : « *[] il sera beaucoup plus difficile de trouver un autre entrepreneur lorsque les établissements publics auront cessé leurs activités : la capacité actuelle du système public sera disparue.* »⁹

Le rapport aborde également la question des frais modérateurs (ou dissuasifs). Il précise que plusieurs personnes s'y opposent parce que « *ces frais découragent les moins bien nantis de recourir aux soins de santé, tandis que d'autres y voient un outil nécessaire pour trouver des fonds supplémentaires ou pour contrer l'utilisation abusive du système de santé* ». ⁹ Bien qu'il soit possible de prévoir qu'une telle formule apportera des fonds supplémentaires au système, on ne peut affirmer que de tels frais décourageront les moins nantis si nous ne connaissons pas le montant exact de ces frais. Un ticket modérateur de 5 \$ n'empêcherait personne

d'avoir droit à des soins de santé.

Un autre des points importants soulevés dans ce rapport (il en est question également dans le texte de Gilles Paquet) est celui des comptes d'épargne médicale (ou comptes d'épargne santé). Il s'agit d'ailleurs d'une des propositions suscitant le plus d'attention à l'heure actuelle. Les comptes d'épargne sont entre autres utilisés à Singapour, où le temps d'attente moyen pour un examen IRM est d'une ou deux journées alors qu'au Canada il est d'environ 150 jours. D'ailleurs, Singapour possède un des meilleurs systèmes de santé au monde : « *Le Rapport sur la santé dans le monde 2000 de l'OMC, intitulé Pour un système plus performant, est la seule étude qui compare les performances des systèmes de santé dans le monde. Il examine les progrès des pays dans l'amélioration de la santé, les attentes de la population et l'équité des contributions financières (dépenses directes des patients pour leurs soins). Le classement global des systèmes de santé nationaux de l'OMC accorde les premiers rangs à la France, l'Italie, Saint-Marin, l'Andorre, Malte et Singapour. Le Royaume-Uni se classe 18e, la Suisse, 20e, l'Allemagne, 25e, le Canada, 30e, l'Australie, 32e, les États-Unis, 37e et l'Afrique du Sud, 175e.* » Ces comptes d'épargne consistent habituellement en une « *allocation annuelle de soins de santé que les citoyens peuvent utiliser pour acheter des soins de santé. S'il reste des fonds dans leur compte d'épargne médicale à la fin de l'année, ils peuvent, selon les modalités du régime, les conserver ou les mettre en banque pour d'autres années où leurs coûts de soins de santé seraient plus élevés.* »⁹ Bref, une formule très intéressante et équitable étant donné que tous les citoyens disposeraient de la même allocation de départ dans leur compte d'épargne médicale. La suite ne dépend que d'eux. « *Si les coûts des soins de santé consommés au cours d'une année dépassent l'allocation annuelle, les patients devraient les assumer en tout ou en partie, selon les modalités du régime.* »⁹ S'ils ne veulent pas être obligés d'utiliser tout leur compte d'épargne, ils devront prévenir au lieu de guérir, bien s'alimenter, faire de l'exercice et être « responsables ». Bien sûr, cette approche permettrait d'éviter les abus et les traitements superflus. De plus, à Singapour, si une personne vit une situation difficile et exceptionnelle en raison d'un accident ou d'une maladie grave, les dépenses sont assumées par l'État.

Le rapport la Commission Romanow, répand aussi un tissu de mensonge à propos de la formule des comptes d'épargne médicale et de notre système d'assurance-santé « équitable » : « *Si les gens étaient tenus de payer de leur poche après avoir épuisé entièrement leur allocation pour le compte d'épargne médicale, les moins favorisés ou ceux qui ont des besoins élevés en soins de santé en raison d'affections chroniques ou potentiellement mortelles pourraient être pénalisés. C'est précisément pour cette raison que l'assurance-santé a été créée : on voulait éviter de vivre dans un monde où les gens riches peuvent obtenir tous les soins de santé nécessaires et les pauvres, non.* »⁹ Voici quelques précisions de Monsieur Peter Holle, président du Frontier Centre for Public Policy, concernant les comptes d'épargne médicale : « *Le gouvernement facilite la prestation de services aux personnes qui ne sont pas en mesure de conserver des fonds suffisants dans leur compte d'épargne médicale.* »

Voici la proposition de M. Holle pour appliquer la formule des comptes d'épargne médicale au Canada : « *Au début de chaque exercice, les autorités de la santé déposeraient la part du budget de la santé qui revient à chaque citoyen dans un compte de banque dédié au nom de la personne en question. Chaque titulaire d'un compte pourrait accéder à ces fonds au moyen d'une carte de débit électronique. On ne pourrait effectuer de retrait dans le compte que pour payer des services médicaux. Les événements mineurs et non tragiques exigeant une visite à la clinique ou chez le médecin seraient débités directement, par voie électronique, du compte d'épargne médicale personnel de l'intéressé. Les particuliers souhaitant se mettre à l'abri d'événements catastrophiques pourraient acheter une assurance auprès de compagnies en concurrence. L'argent non dépensé serait reporté sur l'année suivante, et les fonds fructifieraient à l'abri de l'impôt dans le compte du titulaire, toute sa vie durant, jusqu'à ce que ce dernier atteigne un montant prédéterminé suffisant pour créer un flux de revenus suffisants en cas d'urgence médicale future. Les fonds demeureraient la propriété du consommateur ou de sa succession. Les cas particuliers, par exemple qui concernent la petite minorité de personnes dont les fonds s'épuiseraient ou qui ont des besoins particuliers, sont traités à part, grâce à une aide additionnelle du gouvernement. En vertu d'un tel modèle, les consommateurs seraient en mesure de choisir entre une diversité de fournisseurs de services, y compris les centres publics et privés. Le*

gouvernement renverserait ainsi des décennies d'une politique qui s'est soldée par de grands fournisseurs de services gouvernementaux qui sont inefficients. On reconvertirait les établissements de santé en sociétés de participation aux bénéfices, en sociétés d'assurance et en organismes de bienfaisance comme les Surs grises et l'Armée du salut. »¹¹

En juillet 2003, moins d'un an après la publication du rapport de la Commission, M. Romanow n'avait pas l'air d'accepter que les premiers ministres, réunis à Charlottetown à l'occasion de la 44^e conférence annuelle des premiers ministres provinciaux, mettent de côté ses recommandations. À la veille de la réunion, il a déclaré au *Ottawa Citizen* que, si ses recommandations étaient mises de côté, « *medicare would die a death of a thousand cuts* ». Il a ensuite ajouté, en s'adressant aux premiers ministres faisant fi de ses idées, que « *they did so at their own peril* ».

Conclusion

Les différentes commissions et groupes de travail ont mis de l'avant des recommandations et des propositions pour améliorer le financement et l'organisation des services de santé. Certaines de ces recommandations ont été adoptées par certains gouvernements (p. ex. : le Conseil national de la santé) d'autres non. Peu importe la nature de ces propositions et de ces recommandations, l'affirmation d'une vision et la capacité de gérer le changement seront deux éléments déterminants pour l'avenir de notre système de santé.

DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ EN POURCENTAGE DU PIB AU QUÉBEC, AU CANADA

ET DANS LES PRINCIPAUX PAYS DE L'OCDE 1970, 1985 ET 1997 (en pourcentage)

1970 1985 1997

États-Unis 7,3 10,6 14,0

Allemagne 6,3 9,3 10,4

Suisse 4,9 7,7 10,2

France 5,8 8,5 9,9

QUÉBEC 7,6 9,3 9,1

Canada 7,1 8,2 9,0

Suède 7,1 9,0 8,6

Danemark 6,1 8,2 7,7

Italie 5,2 7,1 7,6

Japon 4,4 6,7 7,3

Royaume-Uni 4,5 5,9 6,7

<http://snipurl.com/ajy1>

www.iigr.ca/pdf/documents/783_Quebec_La_complmentarite.pdf

Sources : ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et Rapport Arpin

www.who.int/whr/2004/en/report04_fr.pdf, Rapport sur la santé dans le monde 2004, page 30

http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/naca/position/19_private/privat4_f.htm

Voir **DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ EN POURCENTAGE DU PIB AU QUÉBEC, AU CANADA ET DANS LES PRINCIPAUX PAYS DE L'OCDE**

<http://lcn.canoe.com/infos/national/archives/2000/06/20000620-213240.html>

Optimum, Gouvernance de la santé : remue-ménage nécessaire, Gilles Paquet, vol.32, numéro 3, 2002

http://www.hc-sc.gc.ca/francais/pdf/romanow/CSS_Rapport_final.pdf

http://www.iedm.org/library/ramsay_fr.html

www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/30ev-f.htm?Language=F&Parl=37&Ses=1&comm_id=4

www.davidgratzer.com/writings/romanow_star.php ***Romanow's star has rightly fallen***, David Gratzer, *National Post*, le 10 juillet 2003