

LE SECTEUR PRIVÉ DANS UN SYSTÈME DE SANTÉ PUBLIC : L'EXEMPLE FRANÇAIS

En matière de politiques publiques, les débats portant sur le système de santé sont sans doute ceux qui soulèvent le plus de controverse. Au Québec, comme dans le reste du Canada, la question du rôle qu'il conviendrait de confier au secteur privé dans la prestation des services de santé est particulièrement litigieuse. En témoignent les fortes réactions qui ont suivi récemment la publication du rapport du Groupe de travail sur le financement du système de santé, présidé par Claude Castonguay¹, auquel certains reprochent de suggérer, comme piste de solution aux problèmes du système de santé, une participation plus importante de prestataires privés².



Cette Note économique a été préparée par **Yanick Labrie**, chercheur associé à l'IEDM et chargé de cours à l'Institut d'économie appliquée de HEC Montréal, en collaboration avec **Marcel Boyer**, vice-président et économiste en chef de l'IEDM.

Les réactions émotives que suscitent ces débats sur la santé illustrent l'ampleur des préoccupations, bien légitimes, des citoyens à l'égard d'un secteur qu'ils considèrent à juste titre comme « vital ». Cependant, l'opposition de plusieurs groupes d'intérêts et factions politiques à une participation plus active de fournisseurs de soins privés va à contre-courant de la tendance observée dans la quasi-totalité des pays développés et constitue un frein important à l'amélioration de notre propre système de santé.

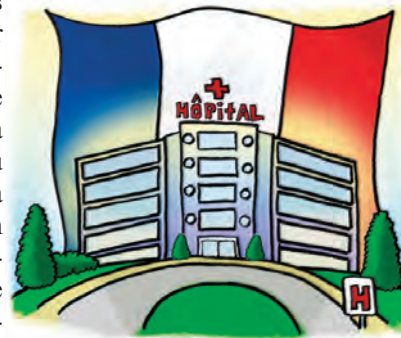
Plusieurs pays, aux prises avec les mêmes défis que les nôtres en ce qui concerne la santé, ont entrepris des réformes afin d'améliorer l'efficacité et la productivité de leur système de santé en décentralisant la gestion, en faisant appel au secteur privé pour la prestation des soins et en mettant en place des mécanismes de concurrence entre les différents prestataires. Contrairement aux croyances largement répandues, ces réformes n'ont constitué en rien une menace aux objectifs d'universalité et d'accessibilité des soins.

La France est l'un des pays où le secteur privé à but lucratif joue un rôle très important dans le système de santé, en particulier dans le secteur des soins hospitaliers. L'expérience française permet de dégager des leçons pertinentes quant à

l'intérêt de permettre à des entreprises privées de participer à l'offre de soins de santé au Québec et au Canada.

Le privé dans le secteur hospitalier français

L'hospitalisation privée occupe une place indispensable dans le paysage hospitalier français. En 2005, on dénombrait 1052 établissements privés à but lucratif³ en France, soit 37 % du total des établissements de santé avec capacité d'hospitalisation. En ce qui concerne la capacité d'accueil, ces établissements regroupaient 91 191 lits d'hospitalisation complète, soit 21 % du total⁴. C'est environ le double des États-Unis, où les établissements privés à but lucratif représentaient 15 % de l'ensemble des hôpitaux et 12 % des lits⁵.

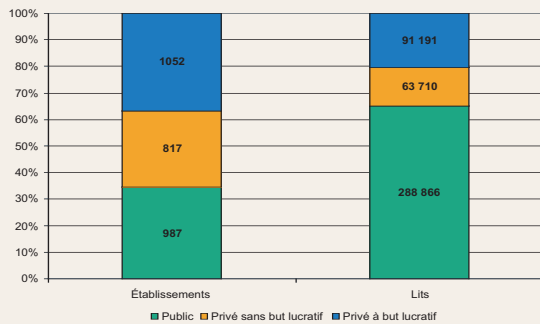


Les établissements hospitaliers privés à but lucratif sont spécialisés avant tout dans le secteur de la chirurgie et des soins de courte durée. Dans l'ensemble, ces établissements prennent en charge chaque année environ sept millions de patients et réalisent notamment près de 60 % des chirurgies⁶. Par exemple, le secteur privé à but lucratif effectue une chirurgie sur deux de l'appareil digestif, deux chirurgies cardiaques sur cinq, trois opérations de la cataracte sur quatre et trois accouchements sur dix. En ce qui concerne la prise en charge des cas lourds, l'activité des hôpitaux

1. Claude Castonguay, Joanne Marcotte et Michel Venne, *En avoir pour notre argent*, Rapport du Groupe de travail sur le financement du système de santé, février 2008.
2. Voir par exemple : CSN, « Rapport Castonguay : le privé n'est pas une pilule dorée », Bulletin spécial d'information no 5, hiver 2008; Louise-Maude Rioux-Soucy, « Levée de boucliers à gauche », *Le Devoir*, 20 février 2008, p. A3.
3. On dénombre également 817 établissements privés à but non lucratif comprenant 63 710 lits.
4. Ministère [français] de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, *Les établissements de santé : un panorama pour l'année 2005, 2007*, p. 15.
5. Les hôpitaux privés à but non lucratif représentent 51 % des établissements et 59 % des lits. National Center for Health Statistics, *Health, United States, 2007: With Chartbook on Trends in the Health of Americans*, 2007, p. 364.
6. Ministère [français] de la Santé, *op. cit.*, note 4.

FIGURE 1

Répartition des établissements de santé et des lits d'hospitalisation en France, selon le statut juridique (2005)



Source : Ministère [français] de la Santé, *Les établissements de santé, un panorama pour l'année 2005, 2007.*

privés est comparable à celle du secteur public⁷, en particulier hors des centres hospitaliers universitaires.

Dans le secteur des soins de suivi et de réadaptation, 270 cliniques privées à but lucratif regroupent 22 910 lits d'hospitalisation complète (25 % du total) et prennent en charge chaque année près de 580 000 séjours (24 % du total). Pour ce qui est du secteur psychiatrique, 153 cliniques privées à but lucratif regroupent 10 875 lits d'hospitalisation de psychiatrie (19 % du total). Le secteur privé à but lucratif a aussi une présence non négligeable dans le domaine des services d'urgences, puisqu'il gère 20 % des établissements comprenant des urgences et reçoit deux millions de passages au sein de celles-ci chaque année.

La France s'est imposée au fil des ans comme un chef de file mondial dans le domaine de l'hospitalisation privée. Bien que la taille des établissements et la qualité des services offerts varient sensiblement d'un établissement à l'autre, une étude récente montre 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 établissements⁸. Par ailleurs, 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 CAPIO, sous contrôle majoritaire d'actionnaires italiens et suédois respectivement, sont des acteurs importants dans le domaine de la prestation de soins hospitaliers en France qui exportent leur expertise dans toute l'Europe.

Un système mixte, universel et accessible

Malgré cette forte présence du secteur privé à but lucratif dans le secteur de la santé en France, cela ne signifie pas pour autant que l'accès aux soins est seulement réservé à ceux qui ont les moyens de payer⁹. En France, tous les résidents légaux désirant obtenir des soins médicaux et hospitaliers sont couverts par le régime public d'assurance maladie, une des principales branches de la Sécurité sociale. L'assurance maladie, qui est financée principalement par les cotisations de l'employeur (13,1 % de la masse salariale brute) et des employés (0,75 % du salaire brut)¹⁰, couvre toute la population française pour approximativement les trois quarts des dépenses de santé (92 % des dépenses d'hospitalisation), le reste étant assumé par des organismes d'assurance complémentaire (mutuelles, instituts de prévoyance, sociétés d'assurances privées) et les patients eux-mêmes.

Depuis 2000, on a ajouté au régime de base de l'assurance maladie la couverture médicale universelle (CMU) complémentaire, qui couvre tous les assurés dont les revenus n'excèdent pas 8644 euros par an, sans qu'aucune cotisation de leur part ne soit requise. La moitié des 4,8 millions de bénéficiaires de la CMU complémentaire ayant besoin d'être hospitalisés choisissent de l'être dans des cliniques privées.

La prise en charge du financement des services de santé par l'assurance maladie s'effectue essentiellement (à 85 %) par le biais de remboursement aux assurés des frais de santé encourus. Cependant, ce principe de remboursement ne s'applique pas pour les patients hospitalisés et les bénéficiaires de la CMU complémentaire. Il n'y a donc pas de débours préalables exigés à ces patients : ce sont alors l'assurance maladie ou les organismes d'assurance complémentaire qui s'occupent de régler directement les frais. Le patient est seulement tenu de régler le montant des frais qui restent à sa charge (ticket modérateur¹¹ et, le cas échéant, forfait journalier et suppléments pour confort personnel tels qu'une chambre individuelle, le téléphone, la télévision, etc.). Dans les faits, il arrive que ces frais soient pris en charge par l'organisme d'assurance complémentaire auquel il est affilié. Environ 92 % des Français possèdent une assurance complémentaire.

Les établissements hospitaliers privés à but lucratif en France prennent en charge chaque année environ sept millions de patients et réalisent près de 60 % des chirurgies.

7. Marcel Boyer, *Le secteur privé dans un système de santé public : France et pays nordiques*, CIRANO, février 2008.

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

9. Simone Sandier, Valérie Paris et Dominique Polton, *Systèmes de santé en transition (France)*, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2004.

10. L'assiette des prélèvements a été élargie ces dernières années pour prendre en compte d'autres types de revenus (placements, pensions de retraite, indemnités, gains provenant des jeux, etc.), ce qu'on qualifie de « contribution sociale généralisée » (CSG). Le reste du financement de l'assurance maladie provient essentiellement de taxes indirectes sur l'essence, le tabac, l'alcool, les jeux et la publicité pharmaceutique.

11. Le ticket modérateur, qui complète le taux de prise en charge de l'assurance maladie, varie selon les types de soins, étant plus élevé dans le cas des soins ambulatoires et pharmaceutiques que dans le cas des soins hospitaliers. Cependant, certains patients ne sont pas tenus de le payer; c'est notamment le cas des assurés atteints d'une affection de longue durée (diabète, SIDA, cancer, maladie psychiatrique, maladie invalidante, etc.), des accidentés du travail, des femmes enceintes, des enfants handicapés, etc. En 2006, le financement des dépenses de santé directement par les bénéficiaires représentait 8,6 % des dépenses (2,7 % des soins hospitaliers), avec un pourcentage plus important dans l'ophtalmologie-orthopédie, les soins dentaires et la pharmacie.

TABEAU 1
Comparaison des systèmes de santé en France, au Canada et au Québec

INDICATEURS	France	Canada	Québec
DÉMOGRAPHIQUES ET ÉCONOMIQUES			
<i>Population de 65 ans et plus en 2007 (%)</i>	16,5 %	13,4 %	14,4 %
<i>PIB par habitant en 2006 (\$US PPA)</i>	31 001 \$	36 784 \$	30 697 \$
SYSTÈME DE SANTÉ			
<i>Dépenses totales de santé (% du PIB, 2007)</i>	11,1 %	10,6 %	11,3 %
<i>Dépenses totales de santé par habitant (\$US PPA, 2006)</i>	3374 \$	3326 \$	3064 \$
<i>Croissance annuelle des dépenses réelles de santé par habitant de 1995 à 2005 (%)</i>	2,3 %	3,2 %	4,0 %
<i>Médecins (par 1000 habitants, 2005)</i>	3,4	2,0	2,2
<i>Infirmières (par 1000 habitants, 2006)</i>	7,7	9,8	10,6
<i>Appareils d'imagerie par résonnance magnétique (par million d'habitants, 2006)</i>	4,6	6,0	7,3
<i>Tomodensitomètres (CT scanners) (par million d'habitants, 2006)</i>	9,8	11,6	14,0
ÉTAT DE SANTÉ			
<i>Espérance de vie à 65 ans – Femmes (2004)</i>	22,0 ans	21,0 ans	21,0 ans
<i>Espérance de vie à 65 ans – Hommes (2004)</i>	17,7 ans	17,7 ans	17,3 ans
<i>Mortalité infantile (par 1000 naissances, 2004)</i>	3,6	5,3	4,6
<i>Mortalité évitable imputable à des causes liées aux soins de santé (par 100 000 habitants, ajustée pour la pyramide des âges, 2002-2003)</i>	64,8	76,8	99,0

Sources : OCDE, *Panorama de la santé 2007*; OCDE, *Bases de données Éco-santé 2007*; Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2007*; Institut de la statistique du Québec, *Comparaisons internationales : tableaux comparatifs 2008*; Nolte et McKee, *op. cit.*, note 18.

Les mécanismes de concurrence et la qualité des soins

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 Canada. Le système français y parvient moins par la taille de ses effectifs médicaux que par les mécanismes¹² 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 système français parvient à éviter les listes d'attente moins par la taille de ses effectifs médicaux que par les mécanismes de concurrence en place qui incitent les établissements à utiliser au mieux les ressources médicales disponibles.

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 publics¹³. 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.

Les hôpitaux qui ont de bons résultats sont maintenant récompensés pour leur rendement en recevant plus de fonds. La T2A encourage donc les établissements à chercher constamment de nouvelles façons d'améliorer la qualité des services de santé qu'ils rendent aux patients. Une étude de l'OCDE confirme d'ailleurs que le financement des hôpitaux à l'activité, de même que la rémunération des spécialistes à l'acte, figurent au nombre des facteurs qui contribuent à réduire les délais d'attente en chirurgie¹⁴.

La logique qui sous-tend les mécanismes de concurrence est relativement simple. Dans la mesure où les patients disposent d'une totale liberté dans le choix du prestataire de soins, comme c'est le cas en France, ils sont portés à délaisser les établissements qui offrent des services médiocres et à se tourner vers ceux qui rendent les meilleurs services¹⁵. Pour une clinique désirant générer des bénéfices, un patient constitue une source de revenus additionnels. Les cliniques et hôpitaux privés n'ont donc pas intérêt à négliger la qualité des services offerts pour économiser sur les coûts, car, en bout de piste, de moins bons soins impliquent moins de clients et donc moins de revenus pour payer les mêmes coûts fixes.

12. Pour en connaître plus sur les mécanismes de gouvernance des systèmes de santé et pour un survol des comparaisons internationales à ce sujet, voir : Joanne Castonguay, Claude Montmarquette et Iain Scott, *Analyse comparée des mécanismes de gouvernance des systèmes de santé de l'OCDE*, CIRANO, février 2008.

13. En médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique, et odontologie (MCOO). Voir : Ministère [français] de la Santé, *La tarification à l'activité en quelques lignes*.

14. Luigi Siciliani et Jeremy Hurst, « Causes de la disparité des délais d'attente en chirurgie non urgente dans les pays de l'OCDE », *Revue économique de l'OCDE*, no 38, 2004.

15. Les Français disposent aussi d'une panoplie d'information et d'indicateurs de rendement leur permettant de mieux juger de la qualité des services rendus par les différents établissements hospitaliers, dont la *Plateforme d'information sur les établissements de santé : PLATINES*, du ministère français de la Santé (<http://www.platines.sante.gouv.fr>) et *Les palmarès des hôpitaux et des cliniques* (<http://hopitaux.lepoint.fr/index.php>) du magazine *Le Point*.

Le rendement du système de santé français

Le système de santé français a acquis une certaine notoriété depuis qu'il a été classé au premier rang sur 191 pays par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans un rapport publié en 2000¹⁶. En dépit des critiques que l'on peut émettre à l'endroit de cette étude et des difficultés inhérentes aux comparaisons des systèmes de santé entre les pays, force est de constater que les indicateurs de santé en France, à l'image des mesures de satisfaction de la population à l'égard du système lui-même¹⁷, 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). Selon une étude récente, la France arrive au premier rang mondial en ce qui concerne le taux de mortalité évitable en raison de causes liées à des soins de santé déficients¹⁸.

La France parvient à atteindre de meilleurs résultats que le Canada et le Québec en matière de santé, sans réellement dépenser plus. En 2005, les dépenses de santé par habitant (en tenant compte de la parité du pouvoir d'achat) s'élevaient à 3374 \$US en France, comparativement à 3326 \$US au Canada et 3064 \$US au Québec. La part du revenu national consacré à la santé est aussi comparable d'un endroit à l'autre, étant moins élevée au Canada (10,6 %), qu'en France (11,1 %) et qu'au Québec (11,3 %). Ces chiffres sont cependant trompeurs, dans la mesure où la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus, qui sont plus susceptibles de nécessiter des soins de santé, est plus élevée en France (16,5 %) qu'au Québec (14,4 %) et qu'au Canada (13,4 %).

Même si on affirme souvent que la principale faiblesse du système français constitue ses coûts élevés, les comparaisons internationales montrent

que les tendances inflationnistes des dépenses de santé en France ces dernières années sont moindres qu'ailleurs. Dans la quasi-totalité des pays développés, les dépenses publiques de santé continuent de progresser, depuis au moins le milieu des années 1990, à un rythme plus rapide que l'activité économique. Cependant, un rapport récent de l'OCDE fait remarquer que les dépenses de santé en France n'étaient en 2005 que 20 % supérieures à leur niveau de 1995, alors que dans la moyenne des pays de l'OCDE, les dépenses avaient augmenté de près de 50 %¹⁹. Le taux de croissance annuelle moyen des dépenses réelles de santé par habitant en France, de 1995 à 2005, s'est élevé à 2,3 %, le plus faible taux des pays de l'OCDE après l'Allemagne.

La France parvient à atteindre de meilleurs résultats que le Canada et le Québec en matière de santé, sans réellement dépenser plus par habitant ou en proportion du revenu national.

La concurrence pourrait bien expliquer pourquoi la croissance des dépenses a pu être maintenue à un niveau raisonnable en

France malgré le vieillissement de sa population, car en poussant les établissements à chercher constamment à améliorer la qualité de leurs services et à se démarquer des concurrents, elle les force aussi à innover et à trouver des moyens de réduire les coûts. Ainsi, le secteur privé en France serait de 30 à 40 % moins coûteux à pathologie égale que le secteur public²⁰.

Conclusion

L'expérience de la France montre qu'un système de soins de santé, en particulier de soins hospitaliers, peut être public et universel sans pour autant que ces soins soient quasi exclusivement rendus et assurés par des organismes et établissements du secteur public. Dans un système respectueux des patients et axé sur une recherche continue de rendement, une brochette diversifiée d'établissements publics, privés sans but lucratif et privés à but lucratif est susceptible d'assurer des niveaux de flexibilité et de concurrence qui en bout de piste profitent grandement à l'ensemble des citoyens.



Institut économique de Montréal
6708, rue Saint-Hubert
Montréal (Québec)
Canada H2S 2M6
Téléphone (514) 273-0969
Télécopieur (514) 273-2581
Site Web www.iedm.org

L'Institut économique de Montréal (IEDM) est un institut de recherche et d'éducation indépendant, non partisan et sans but lucratif. Il œuvre à la promotion de l'approche économique dans l'étude des politiques publiques.

Fruit de l'initiative commune d'entrepreneurs, d'universitaires et d'économistes, l'IEDM n'accepte aucun financement public.

Abonnement annuel aux publications de l'Institut économique de Montréal : 125,00 \$.

Présidente du conseil :
HÉLÈNE DESMARAIS

Président :
PAUL DANIEL MULLER

Vice-président et économiste en chef :
MARCEL BOYER

Les opinions émises dans cette publication ne représentent pas nécessairement celles de l'Institut économique de Montréal ou des membres de son conseil d'administration.

La présente publication n'implique aucunement que l'Institut économique de Montréal 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.

Institut économique de Montréal
© 2008

Imprimé au Canada

Illustration :
Benoit Lafond

Infographie :
Valna inc.

16. Organisation mondiale de la santé (OMS), *Rapport sur la santé dans le monde : pour un système plus performant*, 2000. Par ailleurs, dans un classement des systèmes de santé à l'échelle de l'Europe, l'organisation Health Consumer Powerhouse a placé la France au premier rang en 2006 et au troisième rang en 2007 et 2008. Le Canada se classe quant à lui au 23^e rang en 2008. Voir : Health Consumer Powerhouse, *Euro-Canada Health Consumer Index 2008*.
17. Commission européenne, *Health and long-term care in the European Union*, Special Eurobarometer 283, décembre 2007.
18. 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. Ellen Nolte et Martin McKee, « Measuring the health of nations: updating an earlier analysis », *Health Affairs*, vol. 27 (2008), no 1, p. 58-71.
19. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Panorama de la santé 2007 : Les indicateurs de l'OCDE*, 2007.
20. Voir : Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie, *Analyse des coûts dans les établissements hospitaliers*, 2004, p. 10. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie évite de se prononcer sur les causes potentielles de cet écart de coûts, et préfère demeurer prudent dans son interprétation tant que ces causes ne seront pas mieux connues.