



## Quel cadre réglementaire pour l'assurance-maladie privée?

Dans un document de consultation dévoilé le 16 février, le gouvernement du Québec a choisi de se conformer à une interprétation très restrictive de l'arrêt de la Cour suprême dans la cause *Chaoulli*. Il propose d'instaurer une garantie d'accès pour un certain nombre de traitements et de permettre les assurances privées uniquement pour les chirurgies du genou, de la hanche et des cataractes. Il serait toutefois pertinent d'élargir le débat et d'inclure un modèle que laissait entrevoir la décision de la cour, soit celui d'une assurance duplicative couvrant tous les soins.

L'assurance duplicative couvre les soins médicaux de personnes qui ont toujours accès au régime public (et sont obligées d'y contribuer avec leurs impôts), mais qui souhaitent être traitées dans un système privé parallèle<sup>1</sup>. Cette Note examine les modalités pratiques de la mise en place de telles assurances et les écueils réglementaires à éviter.

### Se prémunir contre le risque

Il est pertinent de rappeler en quoi consiste une assurance. S'assurer consiste à se couvrir, moyennant le versement d'une prime, contre des événements imprévus entraînant des pertes financières considérables. Sur la base de prédictions concernant la probabilité de réalisation d'un événement donné, les assureurs émettent des polices dont les primes compensent suffisamment pour les déboursés attendus. On met ainsi en commun les risques encourus par un groupe d'individus.

L'assurance permet de transférer des ressources dans le temps, c'est-à-dire des périodes où les assurés sont en santé et paient des primes à celles où ils sont malades et reçoivent des indemnités, ainsi qu'entre les assurés qui sont malades et ceux qui restent en santé. Ces derniers aussi auront bénéficié de la couverture : ils auront acheté la tranquillité d'esprit.

Les individus peuvent avoir des préférences différentes selon des caractéristiques propres à chacun : l'aversion individuelle au risque, l'âge, le métier, le statut familial, l'état de santé actuel ou



attendu selon les antécédents familiaux, etc. Les compagnies d'assurance devraient pouvoir offrir aux différents demandeurs les polices d'assurance qui leur conviennent le mieux.

Des objectifs réglementaires qui contredisent la logique fondamentale des assurances auront nécessairement des effets pervers. Il est par exemple important de comprendre que l'objectif est de se couvrir contre un *risque* et non contre une certitude. De la même façon

qu'un chauffeur ne peut s'assurer contre un accident de voiture après que celui-ci soit survenu, on ne peut logiquement s'attendre à ce qu'une personne déjà atteinte d'une maladie puisse souscrire une assurance pour défrayer le coût des soins.

Les pays qui ont des assurances-santé privées ont recours à différentes formes de réglementation plus ou moins restrictives ayant principalement pour objectifs de favoriser l'accessibilité aux assurances et de résoudre le problème de financement des dépenses de santé des personnes à haut risque. Deux aspects sont particulièrement visés : les primes d'assurances et, dans une moindre mesure, le contenu des polices.

### La réglementation des primes d'assurances

Comme les compagnies d'assurance vendent une couverture pour le risque, elles exigeront normalement des primes plus élevées lorsqu'elles considèrent qu'un client présente un risque plus élevé. Un gouvernement peut toutefois imposer une tarification

1. Voir à ce sujet la Note économique intitulée « Le financement de la santé par l'assurance-maladie privée » publiée par l'IEDM en novembre 2005, disponible à [http://www.iedm.org/uploaded/pdf/nov05\\_fr.pdf](http://www.iedm.org/uploaded/pdf/nov05_fr.pdf).



uniforme des primes (*community rating*) plutôt que des primes variables selon le risque ou les caractéristiques individuels. Ces primes seraient alors fonction d'un risque moyen estimé de la population. L'objectif de cette mesure est surtout de faciliter l'accès aux assurances des personnes à haut risque. L'Australie, l'Irlande et plusieurs États américains ont expérimenté ce genre de réglementation.

Un tel régime de primes fixes comporte cependant d'importants inconvénients par rapport à un régime de primes variables<sup>2</sup>. Comme on empêche les compagnies d'assurance de varier les primes en fonction des risques individuels, les « bons risques » (les gens en santé) se retrouvent à subventionner les « mauvais risques » (les gens qui ont des comportements à risque ou qui ont des antécédents familiaux de maladie, etc.). À court terme, les premiers paieront donc plus cher que dans le cas de primes variables personnalisées, alors que les seconds paieront moins cher.

Ce transfert est très différent de celui qui se fait normalement, pour une catégorie donnée de risque, entre les personnes qui subissent une maladie ou une blessure et les autres. Comme on l'a vu plus haut, ce type de transfert constitue la base même du concept d'assurance et n'a pas d'effet sur le comportement des gens. Au contraire, la tarification uniforme modifie la demande d'assurance, selon la catégorie de risque dans laquelle se trouve chacun.

Les bons risques auront ainsi tendance à ne pas s'assurer ou ne pas s'assurer suffisamment, alors que les mauvais risques auront tendance à s'assurer davantage et à demander des couvertures plus étendues. Cela aura comme effet d'augmenter le risque moyen des clients et les déboursés des compagnies d'assurance. Les primes devront être ajustées en conséquence.

Il s'en suit qu'à la longue, les mauvais risques paieront pratiquement les mêmes primes qu'ils paieraient en régime de primes variables et les bons risques s'assurèrent moins, ce qui n'est pas efficace d'un point de vue économique et social. Lorsque les compagnies d'assurance peuvent au contraire utiliser l'information disponible pour déterminer les primes, elles sont mieux en mesure d'offrir une gamme de polices répondant aux différents besoins des personnes désirant s'assurer.

Toutefois, l'absence de réglementation imposant des primes uniformes ne signifie pas que les primes seront forcément déterminées uniquement par les risques individuels et que les personnes à haut risque seront exclues ou devront payer des primes faramineuses. En Belgique par exemple, des mutuelles appliquent des primes uniformes pour l'assurance supplémentaire (qui couvre les extras ou services non assurés par le régime

public) et pour l'assurance des petits risques pour les travailleurs indépendants, sans qu'elles soient obligées de le faire. Inversement, les caisses maladie sont obligées d'appliquer des tarifs uniformes mais ont le droit de limiter l'assurance à des groupes donnés<sup>3</sup>.

Des formules d'assurance permettant un plus grand partage de risque entre les individus à un moment donné et un partage de risque dans le temps ont déjà été développées de façon volontaire dans plusieurs pays. Il s'agit notamment des assurances de groupe et des assurances avec garantie de renouvellement. Dans le premier cas, des compagnies d'assurance peuvent trouver avantageux, par exemple en vue de réduire leurs coûts administratifs ou d'augmenter leur clientèle, d'offrir des polices avec primes uniformes pour certains groupes de personnes. Les assurances collectives offertes dans le cadre d'un emploi sont déjà bien implantées dans le domaine des assurances supplémentaires au Canada.

*Pour que les assurances restent rentables, la réglementation ne doit pas contredire la gestion rationnelle du risque et la notion même d'assurance.*

Dans le second cas, des assurances avec garantie de renouvellement ont été développées surtout pour attirer la clientèle jeune et en santé. Cette formule implique une uniformité des primes dans le temps et le maintien de l'assurance pour les personnes qui deviennent à un moment donné des clients à haut risque<sup>4</sup>. Elle garantit par exemple qu'une personne qui contracte une maladie chronique ou subit une blessure grave après la souscription de son contrat d'assurance (ou après un certain délai), demeure assurable aux mêmes conditions. Les primes peuvent augmenter avec l'âge ou l'augmentation générale des coûts mais elles n'augmentent pas avec le changement de risque individuel d'une année à l'autre.

En Australie, une modulation des primes en fonction de l'âge avec couverture à vie a été introduite en 2000 afin d'encourager une clientèle jeune à souscrire une assurance et à la conserver au fil des ans. Cette formule limite quelque peu les effets pervers du « *community rating* ». Au Royaume-Uni et en Espagne, elle est traditionnellement pratiquée de façon volontaire. Aux États-Unis, elle est maintenant obligatoire dans le cas des assurances individuelles. Une étude a cependant montré que, bien avant la législation, 80 % des polices d'assurance contenaient de telles dispositions de renouvellement<sup>5</sup>. Ces types d'assurance, intéressants tant pour les assureurs que pour les employeurs, les employés et les travailleurs autonomes, pourraient également

2. Voir notamment Mark Pauly, *Statement Before the Joint Economic Committee*, 22 septembre 2004, disponible à [http://jec.senate.gov/\\_files/PaulyTestimony.pdf](http://jec.senate.gov/_files/PaulyTestimony.pdf).

3. Organisation de coopération et de développement économiques, *L'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE*, 2004, p. 87.

4. Voir en particulier Vip Patel et Mark V. Pauly, « Guaranteed Renewability and the Problem of Risk Variation in Individual Health Insurance Markets. A Way to Stabilize Coverage with Less Government Interference », *Health Affairs*, 28 août 2002, disponible à <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/hlthaff.w2.280v1/DC1>.

5. Voir le site Web du ministère américain du Travail à [http://www.dol.gov/ebsa/faqs/faq\\_consumer\\_hipaa.html](http://www.dol.gov/ebsa/faqs/faq_consumer_hipaa.html), et Mark Pauly, *op. cit.*



**Exemples de prestations offertes par la compagnie d'assurance  
BUPA en Irlande**

<i>Plan</i> (prime annuelle)	<i>Essential</i> (€312)	<i>Health Manager</i> (€655)	<i>Health Manager Gold</i> (€1643)
Test diagnostic (IRM, CT, PET, etc.)	Oui	Oui	Oui
Chambre privée dans un hôpital public	Non	Oui	Oui
Chambre privée dans un hôpital privé	Non	Oui (franchise de €126 par séjour à l'hôpital)	Oui (sans franchise, incluant les deux cliniques de haute technologie)
Frais d'hébergement pour maternité	Jusqu'à €1700	Jusqu'à €2700	Jusqu'à €3000
Convalescence après accouchement si requis par un spécialiste	Jusqu'à €30 par jour	Jusqu'à €60 par jour	Jusqu'à €75 par jour
Ligne Info-Santé	Non	Oui	Oui
Franchise ou copaiement pour les soins ci-dessous	€250 pour une police individuelle	La moitié des frais jusqu'à un maximum de €7650 par année	La moitié des frais jusqu'à un maximum de €7650 par année
Visite d'omnipraticien	Jusqu'à €20 par visite	Pas de limite	Pas de limite
Physiothérapie	Jusqu'à €20 par visite	Pas de limite	Pas de limite
Visite de spécialiste	Jusqu'à €51 par visite	Pas de limite	Pas de limite
Dépistage de cancer	Jusqu'à €30 par année	Pas de limite	Pas de limite
Bilan de santé aux deux ans	Non	Non	Oui
Bilan de santé pour les sportifs	Non	Non	Oui

Source : Site Web de BUPA Irlande, <http://www.bupa.ie>, visité le 11 janvier 2006.

être développés pour les assurances duplicatives de façon volontaire.

Vouloir rendre les assurances accessibles est un objectif louable, mais pour que les assurances restent rentables, la réglementation ne doit pas contredire la gestion rationnelle du risque et la notion même d'assurance. Alors que l'imposition d'une tarification uniforme entraîne des effets pervers, d'autres modalités adoptées volontairement permettent plus efficacement d'atteindre cet objectif.

### La réglementation du contenu des polices d'assurances

Une autre forme d'intervention gouvernementale consiste à réglementer le contenu des contrats d'assurance. La plupart des pays de l'OCDE réglementent peu ou pas du tout les prestations

que doivent offrir les polices d'assurance-maladie privée. Quelques-uns interviennent toutefois notamment pour garantir la couverture de certaines dépenses. L'Australie et l'Irlande imposent par exemple des prestations minimales pour leurs assurances duplicatives qui s'appliquent aux services hospitaliers, et plusieurs États américains ont de telles exigences pour l'assurance primaire, c'est-à-dire celle qui couvre les personnes qui n'ont pas accès à un régime public. Au-delà de ce minimum, les entreprises sont libres d'offrir des couvertures plus généreuses (voir le Tableau pour des exemples de polices d'assurance en Irlande). Dans plusieurs États américains un ensemble de prestations normalisé est exigé. Aucun pays ne limite la couverture à un nombre très réduit de services, comme le ministre québécois de la Santé le propose dans son récent document de consultation.

La réglementation du contenu des assurances les rend moins flexibles et moins attrayantes, autant pour les offreurs que pour les demandeurs. L'exigence d'une couverture minimale a pour effet de gonfler les primes et de limiter l'accessibilité des assurances. C'est d'ailleurs l'une des causes de l'augmentation des coûts de la santé aux États-Unis<sup>6</sup>. Par ailleurs, la restriction des assurances à certains traitements très spécifiques, ceux par exemple pour lesquels les listes d'attente sont les plus longues, limiterait la possibilité de partage de risque et réduirait par conséquent considérablement l'attrait des assurances<sup>7</sup>. Les services privés d'assurance et de soins se développeront de toute façon d'abord en mettant l'accent sur les secteurs où les délais d'attente sont les plus longs et où les besoins sont les plus importants. Il revient cependant aux consommateurs et aux offreurs de trouver un point d'équilibre selon leurs moyens et leurs préférences.

6. Voir la Note économique « Deux mythes sur le système de santé américain » publiée par l'IEDM en juin 2005, disponible à [http://www.iedm.org/main/show\\_publications\\_fr.php?publications\\_id=101](http://www.iedm.org/main/show_publications_fr.php?publications_id=101).

7. Pour le Québec, une question juridique se pose dans ce cas, quant à la conformité de telles restrictions avec l'arrêt de la Cour suprême.



## Participation financière et traitement fiscal

Un autre aspect des contrats d'assurance concerne la participation financière des assurés : franchise, copaiements, etc. Cette participation diffère souvent d'un pays à l'autre, et même à l'intérieur d'un pays d'une compagnie à l'autre. Cet aspect est généralement peu réglementé. Un système d'assurance efficace doit comporter des incitations financières pour motiver les assurés à réduire les risques qu'ils courent en changeant leurs comportements et en prenant les décisions les plus mûries. Un tel système inclut par exemple, en sus des primes variables et de la franchise, une portion de copaiements<sup>8</sup>. En effet, lorsque les coûts sont entièrement défrayés par le tiers payeur (le gouvernement ou la compagnie d'assurance), le patient aura moins tendance à s'informer et à comparer les coûts des différentes solutions de rechange qui s'offrent à lui.

Une dernière question qui se pose est celle du traitement fiscal des primes d'assurance-maladie privée. Dans les pays où l'assurance duplicative est en vente, les gouvernements offrent souvent une incitation fiscale ou monétaire, qu'il s'agisse d'une déduction d'impôt ou d'un remboursement correspondant à une partie des coûts de l'assurance. En Irlande, par exemple, les primes sont partiellement déductibles, alors qu'en Australie, un remboursement de 30 % de la prime est accordé aux souscripteurs individuels.

*Les patients qui utiliseront leurs assurances privées pour obtenir des soins dans le secteur privé feront économiser au gouvernement des montants beaucoup plus élevés que les déductions éventuelles.*

Au Québec, les versements faits actuellement à un assureur ou à un régime d'assurance collective ainsi que les paiements directs pour un ensemble d'autres frais médicaux donnent droit à un crédit d'impôt non remboursable<sup>9</sup>. Cette déduction est toutefois relativement faible. En 2005, le coût de l'ensemble des mesures de crédit d'impôt pour frais médicaux pour le gouvernement du Québec était de 265 millions de dollars, soit environ 1 % des dépenses budgétaires en santé et services sociaux.

Il est difficile de chiffrer *a priori* les coûts additionnels pour le gouvernement qui pourraient être encourus si des assurances-maladie privées se développent. Ils dépendront entre autres des primes et du nombre de personnes qui souscriront. Cependant, si l'on considère les économies potentielles qui découleront de l'utilisation du secteur privé, ces coûts pourraient bien se transformer en gains. En effet, les patients qui utiliseront leurs assurances privées pour obtenir des soins dans le secteur privé feront économiser au gouvernement des montants beaucoup plus élevés que les déductions éventuelles. En Australie, le coût du remboursement de 30 % de la prime a été estimé à 2,2 milliards de dollars, soit 6 % des dépenses publiques en santé; les économies résultant du déplacement de la demande du public au privé, elles, ont été estimées à trois milliards de dollars<sup>10</sup>.

## Conclusion

L'arrêt récent de la Cour suprême ouvrait la porte à une suppression du monopole public de l'assurance-maladie au Québec. Le gouvernement devrait éviter de restreindre la portée de ce jugement et envisager de mettre en place un cadre réglementaire qui permettrait aux Québécois de profiter pleinement du développement de nouvelles assurances privées.

8. Les expériences de la Rand Corporation montrent que les choix des patients peuvent affecter les dépenses totales et que la demande de soins est sensible au coût. Voir David Cutler et Richard Zeckhauser, *The Anatomy of Health Insurance*, NBER, document de travail no 7176, juin 1999, disponible à <http://www.nber.org/papers/w7176>.
9. La règle régissant ces crédits est que l'on peut déduire 20 % de la partie des dépenses qui dépasse 3 % du revenu familial.
10. Ian Harper, *Preserving Choice. A Defence of Public Support for Private Health Care Funding in Australia*, Harper Associates, avril 2003, disponible à <http://www.medibank.com.au/pdfs/PreservingChoice.pdf>.



## Institut économique de Montréal

Institut économique de Montréal  
6708, rue Saint-Hubert  
Montréal (Québec)  
Canada H2S 2M6  
Téléphone : (514) 273-0969  
Télécopieur : (514) 273-0967  
Courriel : [info@iedm.org](mailto:info@iedm.org)  
Site Web : [www.iedm.org](http://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 : 98,00 \$.

Président du conseil :  
Adrien D. Pouliot  
Président :  
Michel Kelly-Gagnon

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  
© 2006

Imprimé au Canada

Illustration : Benoit Lafond

Infographie : Valna inc.