

Le rôle positif du profit dans le domaine de la santé

par Yanick Labrie



Dans les débats publics, peu de sujets suscitent plus d'émotion au sein de la population que celui du rôle du secteur privé en santé. Il est fréquent d'entendre des arguments voulant que le profit n'ait pas sa place dans ce secteur, particulièrement en ce qui a trait aux soins hospitaliers. Certaines personnes estiment que la recherche du profit inciterait à « tourner les coins ronds », que le profit ajouterait au coût de fournir un service, ou encore que les établissements à but lucratif éviteraient les cas plus complexes ou perçus comme étant « moins rentables ».

Ces croyances sont-elles fondées? Cette *Note économique* vise à faire la lumière sur cette question, en s'appuyant sur les expériences de pays européens. Dans ces pays, le secteur privé joue un rôle de premier plan au sein de systèmes de santé fondés comme au Canada sur la couverture universelle des soins, mais où les patients peuvent choisir l'établissement qui les traitera et où l'argent du financement public suit le patient.

La recherche du profit incite-t-elle à « tourner les coins ronds »?

Comme l'expérience et la théorie économique nous l'enseignent, les entreprises privées doivent obligatoirement offrir des biens et services qui sont valorisés par les consommateurs si elles veulent prospérer. La recherche du profit les pousse à satisfaire le mieux possible leurs clients. Une entreprise qui n'y parvient pas verra ses parts de marché s'éroder au profit de concurrents.

Selon une croyance largement répandue, la santé serait toutefois un secteur de nature « sociale », où la logique économique ne s'appliquerait plus et où la recherche du profit ne servirait pas l'intérêt public. Les établissements de santé gérés par des entreprises privées seraient ainsi susceptibles d'offrir des services de moindre qualité et d'abuser de patients en position de vulnérabilité dans le but d'enregistrer un maximum de profits.

Or, les revenus des établissements de santé sous gestion privée dépendent du nombre de patients qu'ils attirent. Pour attirer la clientèle, ils doivent préserver une bonne réputation. Ils doivent adapter leurs pratiques en regard des attentes et des préférences des patients et chercher continuellement de nouvelles et meilleures façons de répondre à leurs besoins. Dans un contexte de concurrence où l'argent suit le patient, les hôpitaux qui rognent sur la qualité des services font fuir leurs clients et ne peuvent tout simplement pas faire de profit.

Cette croyance est également contredite par de nombreuses expériences étrangères. L'hôpital universitaire de La Ribera, situé dans la région de Valence en Espagne, est un exemple éloquent d'établissement géré par une entreprise privée qui assure sa rentabilité en améliorant continuellement la qualité de ses services. Il attire des patients de partout en Espagne, qui sont pris en charge gratuitement quel que soit leur niveau de revenus¹. Un sondage a montré que 91 % des patients sont satisfaits des soins reçus et 95 % choisiraient cet hôpital à nouveau s'ils avaient besoin de traitement². L'hôpital récompense ses employés par des primes de rendement et maintient un environnement de travail motivant, comme en témoigne le taux d'absentéisme de 2,5 %, nettement inférieur à celui des hôpitaux publics³ (voir Tableau 1).



Cette *Note économique* a été préparée par **Yanick Labrie**, économiste à l'Institut économique de Montréal et titulaire d'une maîtrise en sciences économiques de l'Université de Montréal.

La *Collection Santé* de l'IEDM vise à examiner dans quelle mesure la liberté de choix et l'initiative privée permettent d'améliorer la qualité et l'efficacité des services de santé pour tous les patients.

Suivant le succès obtenu par l'Hôpital de La Ribera, neuf autres districts, dans les régions de Valence et Madrid, ont choisi de confier la gestion des soins de santé au même groupe privé, Ribera Salud. Celui-ci parvient à éviter les files d'attente dans ses établissements, malgré un financement public inférieur de 26 % à celui des autres hôpitaux publics comparables. Les patients à l'urgence sont vus par un médecin à l'intérieur d'un délai de moins de 60 minutes, comparativement à 131 minutes en moyenne dans les hôpitaux publics de Valence. Le temps d'attente pour les chirurgies électives est de 32 jours en moyenne, soit de 2 à 3 fois plus court que dans les hôpitaux publics de la région⁴.

Le profit ajoute-t-il au coût d'un service?

Certains critiques affirment qu'il en coûterait plus cher à la collectivité de financer des services fournis par des entreprises privées, dans la mesure où le profit s'ajoute aux autres coûts de fourniture des services⁵. L'erreur ici consiste à négliger le rôle de la concurrence et à supposer que les coûts sont inflexibles et sont les mêmes pour tous les établissements. L'utilité de la recherche du profit est justement qu'elle pousse les fournisseurs privés à accroître leur efficacité — c'est-à-dire à réduire les coûts pour un volume de services de même qualité — par le biais d'une meilleure allocation des ressources disponibles.

Dans un contexte de concurrence où l'argent suit le patient, les hôpitaux qui rognent sur la qualité des services font fuir leurs clients et ne peuvent tout simplement pas faire de profit.

L'expérience de l'Allemagne est à cet égard révélatrice. Au début des années 1990, plusieurs hôpitaux publics 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 leur privatisation⁶. Le nombre d'hôpitaux privés a augmenté de 95 % de 1991 à 2012⁷. Les nouvelles méthodes de gestion qui ont alors été appliquées ont permis de réduire les coûts et d'améliorer significativement l'efficacité de ces hôpitaux⁸.

De nombreux groupes privés se démarquent dans le système de santé allemand, lequel compte près de 700 hôpitaux privés à but lucratif⁹. L'un de ces groupes, Rhön Klinikum, possède une dizaine

**Tableau 1 — Hôpital de La Ribera, Valence, Espagne
Sous gestion privée depuis 1999**



Indicateur	Performance
Coût / Financement public (hôpitaux gérés par Ribera Salud)	Environ 26 % inférieurs à ceux des hôpitaux publics comparables de Valence
Attente (hôpitaux gérés par Ribera Salud)	Urgences : Moins de 60 minutes pour voir un médecin, comparativement à 131 minutes en moyenne dans les hôpitaux publics de Valence Chirurgies électives : 32 jours en moyenne, comparativement à 60 à 90 jours dans les hôpitaux publics
Satisfaction des patients	91 % satisfaits des services reçus 95 % loyaux envers l'hôpital
Conditions des employés	Rémunération bonifiée au rendement Taux d'absentéisme, à 2,5 %, très inférieur à celui des hôpitaux publics

Sources : Neelam Sekhri, Richard Feachem et Angela Ni, « Public-Private Integrated Partnerships Demonstrate the Potential to Improve Health Care Access, Quality, and Efficiency », *Health Affairs*, vol. 30, no 8, 2011, p. 1502-1503; Organisation mondiale de la santé, « Spanish Health District Tests a New Public-Private Mix », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 89, no 12, 2009, p. 892-893; Commission européenne, *Health and Economics Analysis for an Evaluation of the Public Private Partnerships in Health Care Delivery across EU — Annexes*, 2013, p. 97-110.

d'établissements, dont un hôpital universitaire composé de deux pavillons dans les villes voisines de Giessen et Marbourg. Largement déficitaire à l'époque de son acquisition en 2006, cet hôpital de 2262 lits a rapidement retrouvé la voie de la rentabilité, après que l'entreprise y eut investi 547 millions d'euros afin de moderniser les infrastructures et construire un nouveau centre de cancérologie¹⁰. L'entreprise se démarque aujourd'hui par sa capacité à limiter l'écllosion et la transmission de maladies nosocomiales dans ses établissements. Ainsi, la recherche de gains d'efficacité ne se fait pas au détriment de la sécurité des patients, au contraire. Sans soins de qualité, les investissements réalisés par l'entreprise ne pourraient tout simplement pas être rentables.

Les établissements à but lucratif négligent-ils les cas « moins rentables »?

Dans les comparaisons entre le secteur public et le secteur privé, on entend souvent le stéréotype voulant que le secteur privé se concentre sur les cas moins difficiles et sur les patients ayant un revenu plus élevé que la moyenne. Or dans un contexte de concurrence où les établissements sont rémunérés en fonction de la complexité des pathologies, les établissements à but lucratif ont au contraire un intérêt à attirer les cas difficiles, surtout dans la mesure où ils peuvent les traiter plus efficacement et à moindre coût que leurs concurrents.

En Allemagne par exemple, les hôpitaux privés traitent des patients en moyenne plus âgés et ayant des conditions de santé plus graves

que ceux des établissements publics. Les données indiquent également que les hôpitaux privés à but lucratif sont mieux outillés pour traiter les cas lourds et les pathologies plus complexes. Une proportion plus grande de lits est d'ailleurs réservée pour les urgences et les soins intensifs dans ces hôpitaux¹¹.

En France également, les établissements privés traitent tous les patients et ne discriminent pas sur la base des revenus ou de la lourdeur des cas. Les hôpitaux et cliniques privés sont depuis longtemps intégrés au système public et établis dans toutes les régions de la France, et même davantage dans celles où les revenus sont en moyenne moins élevés¹². Les établissements privés traitent les bénéficiaires de la Couverture médicale universelle (les patients les plus pauvres) dans les mêmes proportions que les autres¹³. Étant donné que le mode de financement des hôpitaux tient compte des complications et de la gravité des cas traités, on remarque une prise en charge des cas lourds dans les établissements privés comparable à celle des hôpitaux publics¹⁴.

L'expérience du groupe Capio

L'expérience du groupe Capio illustre comment la recherche du profit peut mener à une meilleure utilisation des ressources, au bénéfice à la fois de l'entreprise, des patients et du réseau public.

Créé en 1994 en Suède, le groupe Capio offre une large gamme de soins médicaux, chirurgicaux et psychiatriques. Il compte 11 875 employés en Suède, en Norvège, en France, en Allemagne et au Royaume-Uni. En 2013, ses quelque 60 établissements — hôpitaux et cliniques spécialisées de soins de santé — ont accueilli plus de 4,3 millions de patients dont la quasi-totalité n'ont pas eu à déboursier un sou pour leurs soins¹⁵. Capio est détenu par des fonds d'investissement privés et son chiffre d'affaires annuel dépasse 1,3 milliard d'euros¹⁶.

L'utilité de la recherche du profit est qu'elle pousse les fournisseurs privés à accroître leur efficacité par le biais d'une meilleure allocation des ressources disponibles.

En 2012, le comté de Stockholm a reconduit pour une durée de neuf ans le contrat de Capio pour la gestion de l'Hôpital Saint-Göran, spécialisé dans le traitement des cas d'urgence. Le financement public a été abaissé de 10 % par rapport à son niveau antérieur et par rapport à celui des hôpitaux comparables dans le comté¹⁷.

**Tableau 2 — Hôpital Saint-Göran, Stockholm, Suède
Sous gestion privée depuis 1999**



Indicateur	Performance
Financement public	Environ 10 % inférieur à celui des hôpitaux publics comparables du comté
Attente	Urgences : 42 minutes en moyenne pour voir un médecin, contre 57 minutes dans les hôpitaux publics comparables
Satisfaction des patients	90 % des patients sont satisfaits des services reçus
Conditions des employés	Indice de satisfaction des employés le plus élevé et taux d'absentéisme pour maladies le plus faible des hôpitaux de Stockholm

Sources : Randolph K. Quaye, « Is the Swedish Welfare State in Retreat? Current Trends in Swedish Health Care », *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol. 20, no 5, 2007, p. 399; Socialstyrelsen, *Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar*, Rapport, décembre 2013, p. 20-21; Capio, *Fact Sheet: We renew and unite*, 2012; Capio, *Rapport annuel 2013*, p. 32-39.

Doté de plus de 300 lits, il figure parmi les meilleurs hôpitaux de Suède en termes de qualité et sécurité des soins, et de rapidité d'accès¹⁸. La durée d'attente moyenne aux urgences s'élève à 42 minutes, contre 57 minutes dans l'ensemble du pays¹⁹. Tous les Suédois, quel que soit leur revenu, peuvent s'y faire traiter sans discrimination.

Depuis que la gestion a été léguée au groupe Capio, en 1999, les coûts de fonctionnement de l'Hôpital Saint-Göran se maintiennent à des niveaux inférieurs à ceux des autres établissements publics de Stockholm. Les gestionnaires et les économistes de la santé sont quasi unanimes à dire que la privatisation a été un franc succès et que cette approche permet d'améliorer l'efficacité dans la fourniture des soins²⁰. Le personnel de l'hôpital estime pour sa part qu'il offre maintenant un environnement de travail plus satisfaisant qu'auparavant²¹ (voir Tableau 2).

La France représente l'un des plus gros marchés du groupe Capio. Les patients français disposent de la liberté de choix quant au prestataire de soins et 40 % des patients ayant besoin d'être hospitalisés le sont dans une clinique ou un hôpital privé²². La Caisse nationale d'assurance maladie y décide des tarifs des actes médicaux, qui sont en moyenne 22 % inférieurs pour les établissements privés²³, ce qui constitue en soi une reconnaissance implicite de leur efficacité supérieure.

Pour réaliser un profit, la clinique ou l'hôpital doit donc s'assurer d'utiliser ses ressources avec une grande efficacité, notamment en maintenant un fort taux d'occupation de ses lits et de ses blocs opératoires, et en optimisant la durée de séjour des patients. Ainsi, la durée d'hospitalisation dans les hôpitaux français gérés par Capio est passée de 4,6 jours en 2009 à 4,2 jours en 2012, sans qu'une

baisse de la qualité n'ait été observée. Si tel avait été le cas dans tous les hôpitaux français, on estime que le nombre de lits aurait pu être réduit jusqu'à 36 %, libérant ainsi des ressources à d'autres fins²⁴.

Conclusion

Comme les expériences étrangères le démontrent, les hôpitaux et cliniques privés à but lucratif, ou les établissements publics gérés par des entreprises privées, peuvent contribuer à améliorer la productivité du secteur hospitalier. Motivés entre autres par le profit, ces établissements trouvent des façons d'organiser le travail qui entraînent des gains d'efficacité, réduisent les coûts et diminuent les temps d'attente.

Les établissements à but lucratif ont un intérêt à attirer les cas difficiles, surtout dans la mesure où ils peuvent les traiter plus efficacement et à moindre coût que leurs concurrents.

Ces expériences montrent qu'un système de santé peut demeurer public et universel tout en permettant à des entrepreneurs de se concurrencer pour fournir les services et attirer les clients, au lieu de laisser ces derniers captifs d'un monopole public qui échoue à répondre adéquatement à la demande de soins.

Références

1. Organisation mondiale de la santé, « Spanish Health District Tests a New Public-Private Mix », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 89, no 12, 2009, p. 892-893.
2. Neelam Sekhri, Richard Feachem et Angela Ni, « Public-Private Integrated Partnerships Demonstrate the Potential to Improve Health Care Access, Quality, and Efficiency », *Health Affairs*, vol. 30, no 8, 2011, p. 1502-1503; Organisation mondiale de la santé, *ibid.*
3. Organisation mondiale de la santé, *ibid.*
4. Commission européenne, *Health and Economics Analysis for an Evaluation of the Public Private Partnerships in Health Care Delivery across EU — Annexes*, 2013, p. 97-110.
5. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, *À bas les mythes : les établissements à but lucratif rendraient le système de santé plus efficace*, mars 2004.
6. Patrick Jeurissen, *For-Profit Hospitals: A Comparative and Longitudinal Study of the For-Profit Hospital Sector in Four Western Countries*, Thèse de doctorat, Erasmus University, Rotterdam, 2010, p. 145-147.
7. Statistisches Bundesamt, *Grunddaten der Krankenhäuser*, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, 2012, p. 14.
8. Oliver Tiemann et Jonas Schreyögg, « Changes in Hospital Efficiency after Privatization », *Health Care Management Science*, vol. 15, no 4, 2012, p. 310-326.
9. Les plus grands groupes privés sont Fresenius-Helios (111 établissements hospitaliers et environ 69 000 employés), Asklepios (36 hôpitaux et 106 cliniques médicales spécialisées, et environ 34 500 employés), et Sana Kliniken (43 hôpitaux et 19 centres médicaux spécialisés, et environ 29 000 employés). Le groupe Rhön Klinikum possède pour sa part 10 hôpitaux après avoir vendu quelque 40 établissements à Fresenius-Helios à l'automne 2013. Il compte environ 15 000 employés.

10. Rhön Klinikum, *Annual Report 2013*, p. 61 et 76.
11. Boris Augurzky, Andreas Beivers et Rosemarie Gülker, *Privately Owned Hospitals 2012*, RWI Materialien vol. 73, 2012, p. 26-31.
12. Olivier Faure et Dominique Dessertine, *Les cliniques privées : deux siècles de succès*, Presses universitaires de Rennes, 2012, p. 148; 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.
13. Fédération de l'hospitalisation privée, *L'hospitalisation privée en France : enjeux et perspectives*.
14. 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.
15. En Suède par exemple, moins de 2 % des patients traités par les cliniques de Capio paient de façon privée pour leurs services. La majorité des revenus de Capio proviennent des gouvernements ou des assurances publiques. Voir Maria Blomgren et Eva Sundén, « Constructing a European Healthcare Market: The Private Healthcare Company Capio and the Strategic Aspect of the Drive for Transparency », *Social Science & Medicine*, vol. 67, no 10, 2008, p. 1515. Capio, *Rapport annuel 2013*, Présentation de Capio.
16. Capio, *Ibid.*, p. 83.
17. *Ibid.*, p. 32.
18. « A hospital case », *The Economist*, 18 mai 2013; Lena Burström *et al.*, « Physician-Led Team Triage Based on Lean Principles May Be Superior for Efficiency and Quality? A Comparison of Three Emergency Departments with Different Triage Models », *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, vol. 20, no 57, 2012.
19. Britta Walgren, « Suède: la *modern medicine* appliquée », *Dialogue Santé*, no 14, mai 2014; Socialstyrelsen, *Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar*, Rapport, décembre 2013, p. 20-21.
20. Randolph K. Quaye, « Is the Swedish Welfare State in Retreat? Current Trends in Swedish Health Care », *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol. 20, no 5, 2007, p. 399.
21. David Rae, *Getting Better Value for Money from Sweden's Healthcare System*, OECD Economics Department, Working Paper no 443, septembre 2005, p. 22.
22. Agence technique d'information sur l'hospitalisation, *Hospitalisation — chiffres clés 2013*.
23. Ministère [français] du travail, de l'emploi et de la santé, *Rapport 2011 au Parlement sur la convergence tarifaire*, p. 83.
24. Capio, *S'engager pour une médecine moderne de qualité*, janvier 2014, p. 14.

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 souhaite 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 © 2014

Illustration : Ygreck