



IEDM

Des idées
pour une société
plus prospère



**LES CAHIERS
DE RECHERCHE**



OCTOBRE 2024

**PERSPECTIVES INTERNATIONALES SUR LA SANTÉ :
UNE COMPARAISON DES SOINS PRIMAIRES
AU CANADA, EN ALLEMAGNE ET AUX PAYS-BAS**

Par Krystle Wittevrongel et Conrad Eder, avec la collaboration
d'Emmanuelle B. Faubert



IEDM

Des idées
pour une société
plus prospère

910, rue Peel, bureau 600
Montréal (Quebec)
H3C 2H8, Canada
Téléphone: 514-273-0969
Télécopieur: 514-273-2581

150, 9^e Avenue SW, bureau 2010
Calgary (Alberta)
T2P 3H9, Canada
Téléphone: 403.478.3488

170, avenue Laurier Ouest,
bureau 712/714
Ottawa (Ontario)
K1P 5V5, Canada

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 partout au Canada en proposant des réformes créatrices de richesse et fondées sur des mécanismes de marché.

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 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.

©2024 Institut économique de Montréal
ISBN 978-2-925043-31-7

Dépôt légal : 4^e trimestre 2024
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
Imprimé au Canada

**Krystle Wittevrongel
Conrad Eder**
en collaboration avec
Emmanuelle B. Faubert

**Perspectives internationales sur la santé :
une comparaison des soins primaires au
Canada, en Allemagne et aux Pays-Bas**

Institut économique de Montréal

Octobre 2024



IEM

Des idées
pour une société
plus prospère

TABLE DES MATIÈRES

POINTS SAILLANTS	5
INTRODUCTION	7
CHAPITRE 1 - L'IMPORTANCE D'UN SYSTÈME DE SOINS PRIMAIRES PERFORMANT.....	9
CHAPITRE 2 - LES DIFFÉRENCES CLÉS QUI FAVORISENT L'ACCÈS AUX SOINS PRIMAIRES EN ALLEMAGNE ET AUX PAYS-BAS	21
CHAPITRE 3 - RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE DE POLITIQUES PUBLIQUES POUR AMÉLIORER L'ACCÈS DES CANADIENS AUX SOINS PRIMAIRES	33
CONCLUSION	39
À PROPOS DES AUTEURS	41

POINTS SAILLANTS

Un système de santé qui fonctionne bien se doit d'être disponible, de répondre aux besoins des patients et d'améliorer l'état de santé de la population. Pourtant, le système de soins de santé primaires du Canada n'est pas à la hauteur de son potentiel. En 2023, 14 % des adultes canadiens ne disposaient pas d'un accès régulier à un prestataire de soins primaires ou à un lieu de soins, contre seulement 1 % de la population néerlandaise et 4 % de la population allemande. Pour les Canadiens qui bénéficiaient d'un tel accès, près des 3/4 n'étaient pas en mesure d'obtenir un rendez-vous en temps opportun. Pour améliorer l'accès aux soins primaires, il est impératif de s'inspirer des systèmes les plus performants, notamment des systèmes allemand et néerlandais.

Chapitre 1 – L'importance d'un système de soins primaires performant

- Les soins primaires sont un rouage essentiel des systèmes de santé, et il a été démontré que des soins primaires accessibles peuvent nous permettre de vivre plus longtemps et d'éviter les invalidités et les maladies.
- En outre, comme les soins primaires peuvent remplacer d'autres formes de soins de santé et qu'ils sont comparativement moins coûteux, un accès rapide à ces soins peut également contribuer à réduire les coûts totaux du système de santé.
- 46 % des Canadiens qui disposaient d'un accès à un prestataire de soins primaires ou à un endroit où obtenir des soins ont attendu six jours ou plus pour obtenir un rendez-vous, contre seuls 26 % des patients allemands et 13 % des patients néerlandais.
- Le manque d'accessibilité ne semble pas être une question de financement. Les dépenses canadiennes en matière de soins primaires sont comparables à celles de l'Allemagne et des Pays-Bas, quoiqu'avec des résultats inférieurs.
- Faute de pouvoir accéder en temps opportun aux soins primaires, les patients finissent souvent aux urgences : 30 % des visites aux urgences au Canada entre avril 2022 et mars

2023 concernaient des problèmes non urgents ou moins urgents.

- Non seulement ces visites inutiles aux urgences alourdissent-elles les coûts du système de santé, mais elles contribuent également à allonger les temps d'attente aux urgences, laissant les patients languir et entraînant des complications supplémentaires.
- Outre les retards dans l'accès aux soins, les longs temps d'attente aux urgences peuvent faire en sorte que les patients quittent sans avoir été examinés. Au Québec en 2022-2023, 11,5 % des patients qui ont fréquenté une salle d'urgence sont partis sans être traités, dont plus d'un quart étaient jugés urgents.

Chapitre 2 – Les différences clés qui favorisent l'accès aux soins primaires en Allemagne et aux Pays-Bas

- Les systèmes allemand et néerlandais permettent un plus grand choix pour les patients et les prestataires, une meilleure flexibilité du système et une concurrence accrue, de sorte que l'accès aux soins primaires y est plus facile qu'au Canada.
- La particularité du système canadien est que les patients assurés et les professionnels de la santé sont tributaires d'un système public à payeur unique pour les soins de santé médicalement nécessaires, sans pouvoir choisir leur assureur ou leur régime d'assurance.
- Cette situation contraste fortement avec celle de l'Allemagne et des Pays-Bas, où il existe un grand nombre d'assureurs parmi lesquels choisir, favorisant l'amélioration de la qualité des services ainsi que l'élargissement des avantages dans le but d'attirer et de fidéliser les clients.
- La possibilité de choisir (et de changer) d'assureur fait en sorte que les patients participent activement aux décisions concernant leurs soins de santé, ce qui augmente leur satisfaction.
- Bien que l'objectif d'un système très strict en matière de contrôle d'accès comme celui du Canada soit de réduire les dépenses, cela aboutit en fin de compte à un transfert des

coûts vers le patient en augmentant les charges physiques, psychologiques et sociales causées par l'attente des soins spécialisés.

- Les systèmes de santé allemand et néerlandais laissent aux patients un plus grand choix quant à la manière d'accéder aux soins spécialisés, ce qui a un effet positif direct sur leur accès aux soins primaires.
- La position du Canada visant à décourager fortement la pratique mixte est une exception au sein des pays les plus développés. Parmi les autres pays à revenu élevé dotés d'un système de santé universel, comme l'Allemagne et les Pays-Bas, ce type de réglementation est pratiquement inexistant.
- La pratique mixte est importante, dans la mesure où elle permet une plus grande flexibilité pour les prestataires de soins primaires et un meilleur accès pour les patients.

L'Allemagne et les Pays-Bas ont été en mesure de préserver une couverture universelle en matière de soins de santé et un accès aux soins primaires, tout en relevant les défis auxquels le système canadien est confronté, tels que les temps d'attente et l'allocation des ressources. Les changements proposés offriraient un plus grand choix aux patients, augmenteraient la flexibilité des prestataires de soins de santé et permettraient d'améliorer l'accès général aux services de soins primaires pour les Canadiens. Alors que les temps d'attente continuent de s'allonger et que les problèmes d'accès persistent, il est impératif que les gouvernements provinciaux agissent pour mettre en œuvre une réforme significative des soins de santé, dans l'intérêt de tous les Canadiens.

Chapitre 3 – Recommandations en matière de politiques publiques pour améliorer l'accès des Canadiens aux soins primaires

Ces réformes pour accroître l'accès des Canadiens aux soins primaires, bien qu'ambitieuses, portent sur l'administration et la prestation des services de santé, et leur mise en œuvre relève entièrement de la compétence des provinces.

- **Recommandation 1 – Permettre l'assurance privée duplicative.** Autoriser l'assurance privée duplicative au Canada permettrait d'introduire une certaine concurrence et une liberté de choix pour les patients, qui sont actuellement inexistantes.
- **Recommandation 2 – Supprimer le contrôle de l'accès aux spécialistes.** Les provinces canadiennes devraient assouplir leurs exigences en matière de contrôle d'accès et permettre aux patients de consulter un spécialiste sans passer par un médecin.
- **Recommandation 3 – Autoriser la pratique mixte pour les travailleurs de la santé.** Si l'on permet aux professionnels de la santé de partager leur temps entre le secteur public et le secteur privé, cela permettrait une utilisation plus efficace des ressources limitées.

INTRODUCTION

Un système de santé qui fonctionne bien se doit d'être disponible, de répondre aux besoins des patients et d'améliorer l'état de santé de la population. Les *soins primaires* sont essentiels à l'atteinte de ces objectifs. Ces soins regroupent les services offerts par un éventail de prestataires qui interviennent souvent en tant que première ligne de défense en matière de soins de santé, c'est-à-dire le premier point de contact d'un patient avec le système de santé.

Les soins primaires sont généralement dispensés en externe, notamment dans les cliniques communautaires, les cliniques de soins primaires ou les cliniques privées. Il s'agit généralement de soins visant à prévenir, diagnostiquer, traiter et gérer un large éventail de conditions et de maladies, ainsi qu'à promouvoir la santé.

Les prestataires de soins primaires se chargent souvent de coordonner les soins et d'orienter leurs patients vers des spécialistes si nécessaire. Bien que certains patients puissent solliciter des services relevant des soins primaires ailleurs que dans un service de consultation externe, comme dans un service d'urgence, surtout s'ils n'ont pas accès à un prestataire de soins primaires habituel, ce type de soins hospitaliers n'est pas considéré comme relevant des soins primaires aux fins de notre analyse, même s'il s'agit de soins de première ligne. Cela s'explique par le fait que la vocation des urgences est de répondre à des situations graves, urgentes ou critiques et qu'elles ne sont pas conçues pour dispenser des soins de première ligne. Même si les urgences *peuvent* dispenser des soins immédiats pour des situations non urgentes, ce n'est pas leur fonction première.

Il existe un consensus quasi universel sur l'importance des soins primaires et sur les avantages considérables qu'ils peuvent procurer, tant aux Canadiens qu'à l'ensemble du système de santé qui les prend en charge¹. Pourtant, le système de soins de santé primaires du Canada n'est pas à la hauteur de son potentiel. En 2023, 14 % des adultes canadiens ne disposaient pas d'un accès régulier à un prestataire de soins primaires ou à un endroit

où obtenir des soins². Pour ceux et celles qui bénéficiaient d'un tel accès, près des trois quarts n'étaient pas en mesure d'obtenir un rendez-vous en temps opportun³.

En 2023, 14 % des adultes canadiens ne disposaient pas d'un accès régulier à un prestataire de soins primaires ou à un endroit où obtenir des soins.

Cette situation fait pâle figure par rapport à d'autres systèmes de santé universels hautement performants dans des pays comme l'Allemagne ou les Pays-Bas, où les patients bénéficient d'un meilleur accès aux soins primaires. En fait, seuls 14 % des Allemands et 1 % des Néerlandais ne disposaient pas d'un accès régulier à un prestataire de soins primaires ou un endroit où obtenir des soins, soit une fraction de la proportion observée au Canada⁴. Pour ce qui est de la rapidité, 51 % des patients allemands et 54 % des patients néerlandais pouvaient obtenir un rendez-vous le jour

1. Roy J. Romanow, « Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada », *Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada*, novembre 2002, p. 115.

2. C'est ce que l'on appelle souvent le taux d'attachement. Institut canadien d'information sur la santé, « Résultats du Canada : Enquête de 2023 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé réalisées auprès de la population générale de 18 ans et plus dans 10 pays - tableaux de données », Question 11, 2024. Les 86 % de Canadiens ayant accès aux soins de santé comprennent les 13 % qui déclarent avoir un endroit où obtenir des soins régulier et les 73 % qui déclarent avoir un médecin, un omnipraticien, une infirmière praticienne ou un adjoint au médecin habituel. Des données plus récentes existent, mais elles sont incomplètes pour toutes les provinces.

3. La notion de « temps opportun » fait ici référence à un rendez-vous le jour même ou le lendemain, et seulement 26 % des répondants ont pu l'obtenir. Ce chiffre exclut les répondants qui n'ont pas eu besoin de prendre rendez-vous pour voir un médecin ou une infirmière, qui n'ont jamais pu prendre rendez-vous ou qui se sont rendus au service des urgences d'un hôpital, dans une clinique ou un établissement de soins d'urgence au lieu de prendre rendez-vous. Institut canadien d'information sur la santé, « Résultats du Canada : Enquête de 2023 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé réalisées auprès de la population générale de 18 ans et plus dans 10 pays - tableaux de données », Question 9, 2024.

4. Les 96 % d'Allemands qui déclarent y avoir accès comprennent les 8 % qui déclarent disposer d'un lieu de soins régulier et les 88 % qui déclarent avoir un médecin/médecin généraliste/infirmière praticienne/assistant médical habituel. Pour les 99 % de Néerlandais, ces chiffres sont respectivement de 12 % et 87 %. Institut canadien d'information sur la santé, *op. cit.*, note 2.

même ou le lendemain, soit le double de la proportion de Canadiens⁵.

Pour améliorer l'accès aux soins primaires, il est impératif de s'inspirer des systèmes les plus performants, notamment des systèmes allemand et néerlandais. Cela permettra aux décideurs canadiens d'orienter les améliorations des politiques de santé de manière à mieux répondre aux besoins de la population et de concevoir des systèmes qui optimisent la prestation des soins primaires.

Il est impératif de s'inspirer des systèmes les plus performants de manière à mieux répondre aux besoins de la population.

Ce cahier de recherche explore les soins primaires et les différences entre les systèmes de ces trois pays. Le chapitre 1 explique l'importance des soins primaires et présente les différences qui existent entre le Canada, l'Allemagne et les Pays-Bas sur le plan de la performance. La sous-performance du système de soins primaires canadien a un effet d'entraînement qui se répercute sur l'ensemble du système de santé. Cette comparaison forme la base de notre analyse et, par conséquent, de notre plaidoyer en faveur du changement.

Le chapitre 2 souligne trois différences clés entre les modèles dans ces trois pays sur le plan de leur incidence sur l'accès d'un patient aux soins primaires. Celles-ci concernent notamment les modalités de financement des systèmes (et, par extension, des soins primaires), la manière dont les patients peuvent accéder aux soins spécialisés (contrôle d'accès par les prestataires de soins primaires) et les modalités selon lesquelles les professionnels de la santé sont autorisés à travailler simultanément dans le secteur public et dans le secteur privé (ce qui permet une pratique mixte ou double). Ces différences se répercutent sur les choix des patients, sur les choix des prestataires, ainsi que sur leur liberté, tout en exerçant une

pression plus ou moins forte sur les soins de santé primaires. Malgré leurs différences, le Canada, l'Allemagne et les Pays-Bas ont tous pour objectif d'offrir un accès universel aux soins primaires, peu importe les revenus du patient.

Le chapitre 3 propose des recommandations pratiques qui peuvent être appliquées au système de santé canadien afin d'améliorer l'accès aux soins primaires. Nos recommandations pragmatiques sont non seulement susceptibles d'améliorer l'accès aux soins primaires pour les Canadiens et les Canadiennes, mais elles ont également le potentiel de contribuer à la réduction des invalidités et des maladies, ainsi qu'à la diminution des dépenses du système de santé.

5. Cette proportion exclut les répondants qui n'ont pas eu besoin de prendre rendez-vous pour voir un médecin ou une infirmière, qui n'ont jamais pu prendre rendez-vous ou qui se sont rendus au service des urgences d'un hôpital, dans une clinique ou un établissement de soins d'urgence au lieu de prendre rendez-vous. Institut canadien d'information sur la santé, *op. cit.*, note 3.

CHAPITRE 1

L'importance d'un système de soins primaires performant

Les soins primaires sont un rouage essentiel des systèmes de santé de l'ensemble des pays industrialisés. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, les systèmes de soins primaires efficaces présentent cinq caractéristiques essentielles (voir la Figure 1-1). Le « premier contact » suppose qu'un patient doit pouvoir accéder aux soins en temps opportun afin de recevoir un diagnostic et d'accélérer la mise en place de thérapies et de traitements susceptibles d'améliorer sa qualité de vie.

En effet, pour qu'un système de soins primaires fonctionne bien, il faut d'abord que le patient puisse y avoir accès. Un meilleur accès aux soins a été lié, entre autres, à un plus grand nombre de médecins de soins primaires⁶. Les données établissent une corrélation entre un plus grand nombre de médecins de soins primaires et des résultats plus favorables en matière de santé, notamment des taux plus faibles de mortalité infantile, de mortalité toutes causes confondues et, plus spécifiquement, de décès à la suite d'une maladie cardiaque, d'un cancer ou d'un accident vasculaire cérébral⁷. Cependant, d'autres facteurs influencent l'accès aux soins primaires, comme nous allons le voir.

Il a été démontré que des soins primaires accessibles peuvent nous permettre de vivre plus longtemps et d'éviter les invalidités et les maladies⁸. Par exemple, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) peut être gérée avec succès en consultation externe, mais environ 70 % des Canadiens atteints de BPCO n'ont pas reçu de diagnostic et voient leur état de santé se détériorer

à long terme en raison de ces délais⁹. La BPCO est la troisième cause de décès dans le monde et touche près d'un Canadien sur cinq, âgé de 35 à 79 ans¹⁰.

Des soins primaires accessibles peuvent nous permettre de vivre plus longtemps et d'éviter les invalidités et les maladies.

En outre, comme les soins primaires peuvent remplacer d'autres formes de soins de santé et qu'ils sont comparativement moins coûteux, un accès rapide à ces soins peut également contribuer à réduire les coûts totaux du système de santé¹¹. Ainsi, des lacunes en matière de soins primaires peuvent mener à des traitements plus complexes et plus coûteux en raison du recours accru à des soins spécialisés et à des hospitalisations. Les études montrent que l'accès aux soins primaires peut réduire les coûts globaux en limitant le recours à des ressources de santé, notamment en diminuant le nombre de visites non urgentes aux urgences, en réduisant les taux

6. Barbara Starfield, Leiyu Shi et James Macinko, « Contributions of Primary Care to Health Systems and Health », *The Milbank Quarterly*, vol. 83, no 3, 2005, p. 460 and 469.

7. Cela comprend les médecins de famille et les généralistes, les internistes généraux et les pédiatres généraux. Toutefois, les soins primaires ne sont pas exclusivement dispensés par des médecins et peuvent l'être par des infirmières praticiennes et des pharmaciens, entre autres. *Ibid.*, p. 460.

8. *Idem*; U.S. Department of Health and Human Services, Healthy People 2030, consultée le 15 août 2024; The Commonwealth Foundation, Primary Care: Our First Line of Defense, 12 juin 2013.

9. Karen Hodgson, Sarah R. Deeny et Adam Steventon, « Ambulatory care-sensitive conditions: their potential uses and limitations », *BMJ Quality & Safety*, vol. 28, 2019, p. 430; Kjell Larsson et al., « Impact of COPD diagnosis timing on clinical and economic outcomes: the ARCTIC observational cohort study », *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, vol. 14, 2019, p. 1001-1002; E.F.M. Wouters, « Economic analysis of the confronting COPD survey: an overview of results », *Respiratory Medicine*, vol. 97, 2003, p. S4-S10; The Ottawa Hospital Research Institute, World-first trial shows benefits of finding, treating undiagnosed asthma and COPD, 19 mai 2024.

10. Organisation mondiale de la Santé, Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), 16 mars 2023; Jessica Evans et al., « Estimating the prevalence of COPD in Canada: Reported diagnosis versus measured airflow obstruction », *Health Reports*, vol. 25, no 3, 2014, cité dans M.A. Malik Farooqi et al., « Prevalence and burden of COPD misclassification in the Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA) », *BMJ Open Respiratory Research*, vol. 9, 2022, p.1.

11. Zirui Song et Suhas Gondi, « Will Increasing Primary Care Spending Alone Save Money? », *JAMA*, vol. 322, no 14, 2019, p. 1-2.

Figure 1-1

Les caractéristiques fondamentales des soins primaires



L'ACCESSIBILITÉ AU PREMIER CONTACT

crée un point d'entrée stratégique aux services de santé et en améliore l'accès.



LA CONTINUITÉ

favorise le développement de relations durables entre une personne et un professionnel de la santé ou une équipe de prestataires de soins.



L'INTÉGRALITÉ

garantit la fourniture d'une vaste gamme de services de promotion, de protection, de prévention, de guérison, de réadaptation et de soins palliatifs.



LA COORDINATION

structure les services et les soins à tous les niveaux du système de santé et au fil du temps.



LES SOINS AXÉS SUR LA PERSONNE

garantissent que les patients disposent des connaissances et du soutien nécessaires pour prendre des décisions et participer à leur propre traitement.

Source : Organisation mondiale de la Santé, Primary care, consultée le 15 août 2024.

d'hospitalisation et en limitant les coûts hospitaliers et les dépenses du système de santé¹².

De plus, des soins primaires efficaces peuvent également favoriser une détection et une intervention précoces, ce qui est plus rentable que

l'absence de détection¹³. Dans le cas des personnes atteintes de BPCO, par exemple, la fourniture de soins appropriés aux patients atteints d'une forme grave de la maladie est beaucoup plus coûteuse que pour les patients atteints d'une forme bénigne ou modérée, et ce non seulement pour le système de santé, mais aussi pour les employeurs et les autres agents économiques¹⁴. En effet, les coûts indirects d'une perte de productivité résultant d'une participation réduite à la vie active sont plus

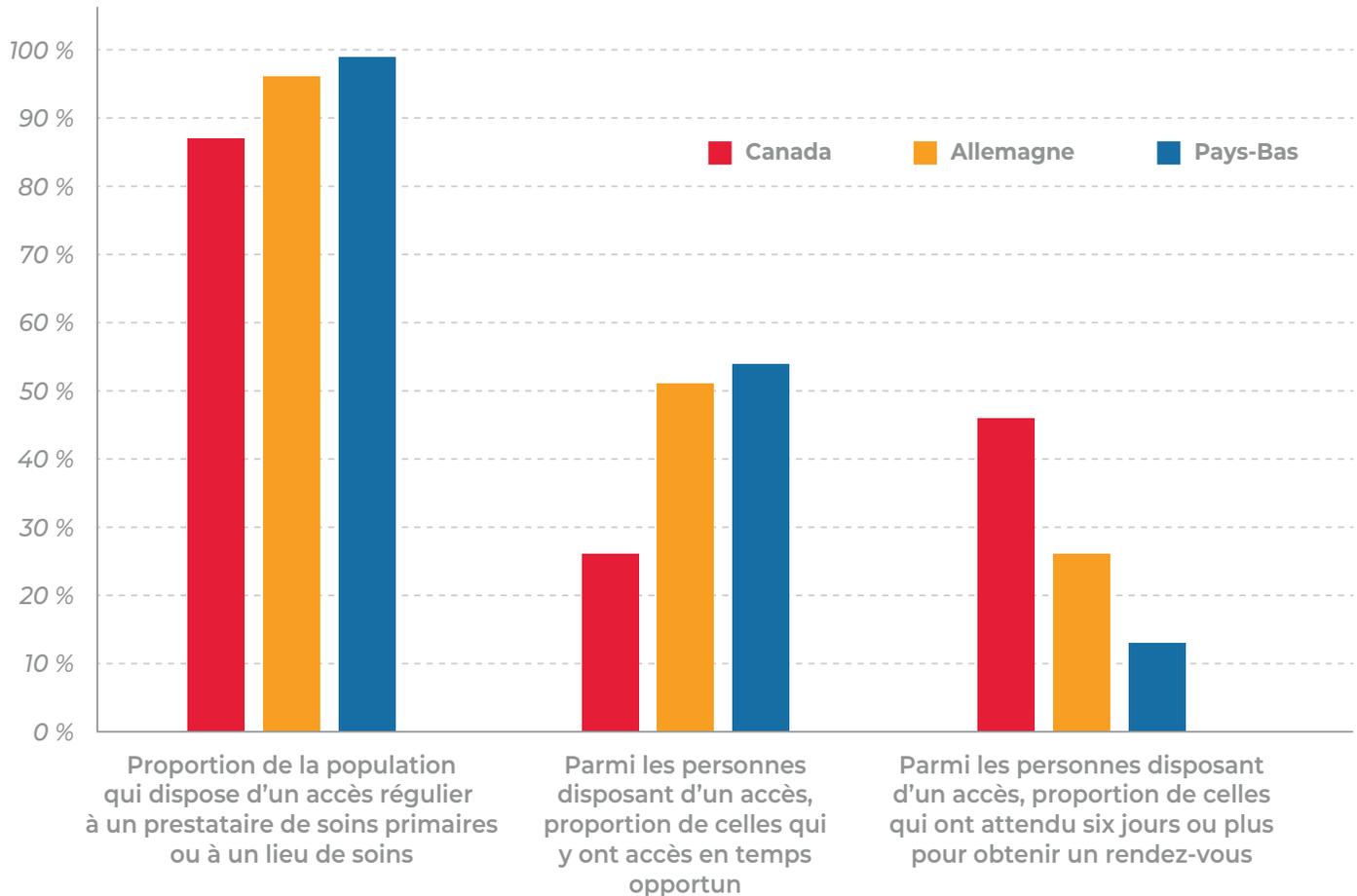
12. Elizabeth T. Momany *et al.*, « A Cost Analysis of the Iowa Medicaid Primary Care Case Management Program », *Health Services Research*, vol. 41, no 4, 2006, p. 1364–1370; Bernard Friedman et Jayasree Basu, « Health Insurance, Primary Care, and Preventable Hospitalization of Children in a Large State », *The American Journal of Managed Care*, vol. 7, no 5, 2001, p. 477–481; Ann S. O'Malley *et al.*, « New approaches to measuring the comprehensiveness of primary care physicians », *Health Services Research*, vol. 54, 2019, p.362-364; Adam J. Rose *et al.*, « Primary Care Visit Regularity and Patient Outcomes: an Observational Study », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 34, 2019, p. 87.

13. Martijn J. Oude Wolcherink *et al.*, « Health Economic Research Assessing the Value of Early Detection of Cardiovascular Disease: A Systematic Review », *PharmacoEconomics*, vol. 41, 2023, p. 1191; Saadia Sediqzadah *et al.*, « Cost-Effectiveness of Early Intervention in Psychosis: A Modeling Study », *Psychiatric Services*, vol. 73, no 9, 2022, p. 973–976.

14. Cela s'applique aux sept pays étudiés : Canada, Espagne, Royaume-Uni, États-Unis, Italie, France et Pays-Bas. E.F.M. Wouters, *op. cit.*, note 9, p. S6–S13.

Figure 1-2

Un meilleur accès aux soins primaires en Allemagne et aux Pays-Bas (2023)



Note : Cela exclut les répondants qui n'ont pas eu besoin de prendre rendez-vous pour voir un médecin ou une infirmière, qui n'ont jamais pu prendre rendez-vous ou qui se sont rendus au service des urgences d'un hôpital, dans une clinique ou un établissement de soins d'urgence au lieu de prendre rendez-vous.

Source : Institut canadien d'information sur la santé, « Résultats du Canada : Enquête de 2023 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé réalisée auprès de la population générale de 18 ans et plus dans 10 pays — tableaux de données », Question 11, Question 9, 2024.

élevés pour les personnes atteintes d'une forme grave de la maladie¹⁵.

Le système de soins primaires du Canada est défaillant

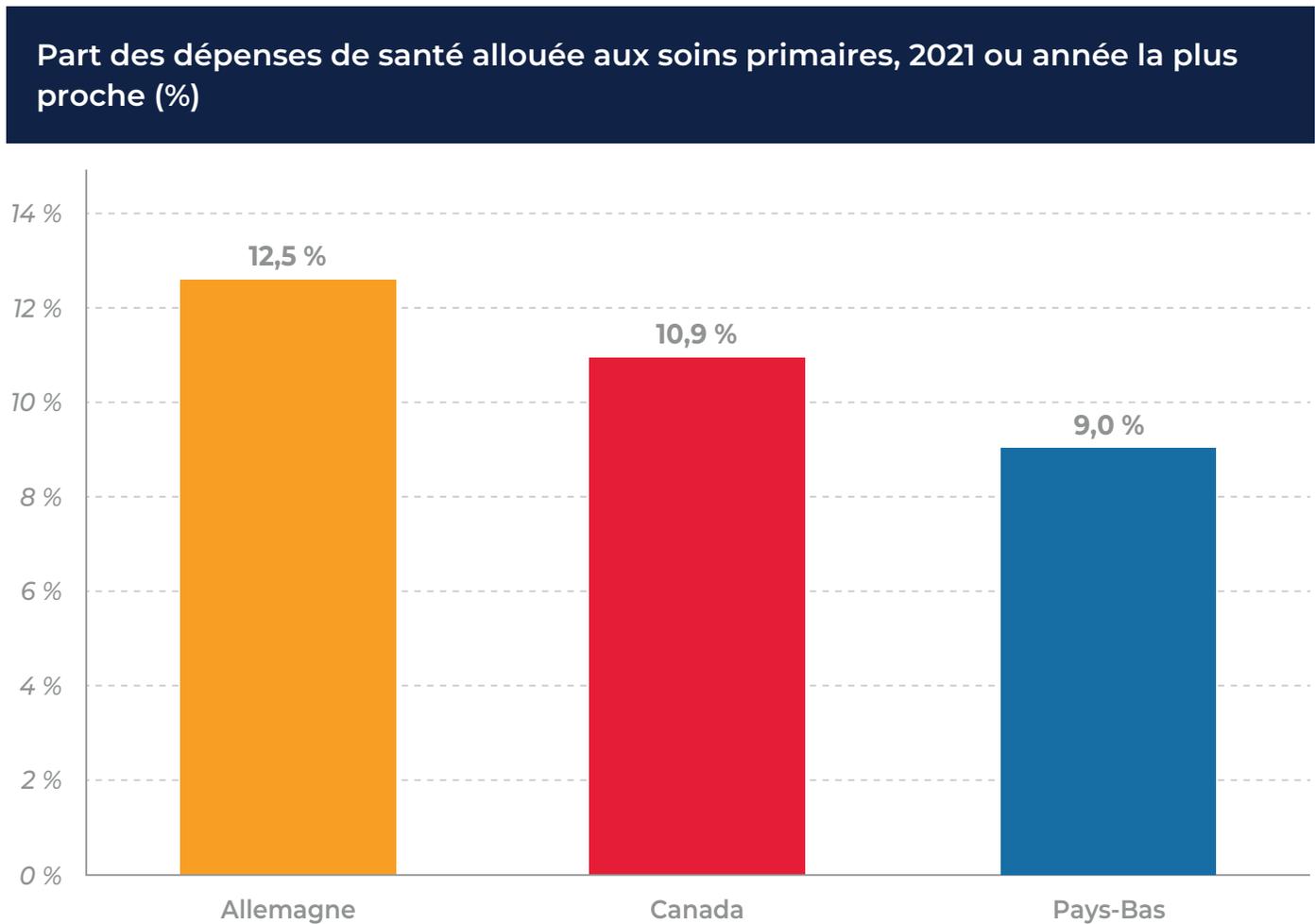
L'accès aux soins primaires est difficile pour les Canadiens. En 2023, un adulte canadien sur sept ne bénéficiait pas d'un accès régulier à un prestataire de soins primaires ou un endroit où obtenir des soins, contre seulement 1 % de la population

néerlandaise et 4 % de la population allemande¹⁶. Il est étonnant de constater que même les personnes qui disposaient en principe d'un accès à un prestataire de soins primaires avaient souvent du mal à concrétiser cet accès dans la pratique : près des trois quarts des patients canadiens n'ont pas pu obtenir un rendez-vous en temps opportun, contre moins de la moitié en Allemagne et aux

15. *Ibid.*, p. S7-S10.

16. Institut canadien d'information sur la santé, *op. cit.*, note 2.

Figure 1-3



Source : OCDE, Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023, Panorama de la santé 2023, Dépenses de santé — Graphique 7.17, Part des dépenses de santé courantes allouée aux soins primaires, 2021 (ou année la plus proche).

Pays-Bas¹⁷. En outre, 46 % des Canadiens ont attendu six jours ou plus pour obtenir un rendez-vous, alors que seuls 26 % des patients allemands et 13 % des patients néerlandais ont attendu aussi longtemps (voir la Figure 1-2).

Comme les soins primaires peuvent remplacer d'autres formes de soins de santé et qu'ils sont moins coûteux, un accès rapide à ces soins peut contribuer à réduire les coûts totaux du système.

Le manque d'accessibilité ne semble pas être une question de financement. Les dépenses canadiennes en matière de soins primaires sont comparables à celles de l'Allemagne et des Pays-Bas, quoiqu'avec des résultats inférieurs. Concrètement, si l'on considère la proportion des dépenses totales de santé, le Canada consacre environ 10,9 % de ses dépenses globales de santé aux soins primaires, contre 12,5 % pour l'Allemagne et 9,0 % pour les Pays-Bas (voir la Figure 1-3)¹⁸.

Bien que cela puisse sembler une solution rapide, la théorie selon laquelle le simple fait d'augmenter les dépenses en soins primaires (dans le cadre

17. 74 % des patients canadiens, 49 % des patients allemands et 46 % des patients néerlandais. Institut canadien d'information sur la santé, *op. cit.*, note 3.

18. OCDE, Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023, Panorama de la santé 2023, Dépenses de santé — Graphique 7.17, Part des dépenses de santé courantes allouée aux soins primaires, 2021 (ou année la plus proche).

de la structure actuelle du système de santé) réduira en soi les dépenses totales de santé ne repose pas sur des preuves empiriques¹⁹. En fait, les études montrent qu'en dépit des économies réalisées par l'amélioration du système de soins primaires, d'autres réformes importantes, y compris des réformes administratives, sont nécessaires pour ralentir la croissance des dépenses totales²⁰.

Toutefois, de telles comparaisons des dépenses basées sur les données de l'OCDE doivent être considérées avec prudence. Tout d'abord, afin d'aider à contextualiser les dépenses en soins primaires, l'OCDE utilise les estimations des dépenses déclarées par chaque pays pour une série de services de base comme mesure de remplacement. Ces services comprennent les soins généraux externes, les soins dentaires, les soins curatifs à domicile et les services de prévention²¹. Cette mesure est utilisée en l'absence d'une définition normalisée, car il n'existe pas de consensus définitif sur la nature des services ou des prestataires qui relèvent des soins primaires²². Il est donc difficile de comparer les dépenses consacrées aux soins primaires.

En 2023, un adulte canadien sur sept ne bénéficiait pas d'un accès régulier à un prestataire de soins primaires ou un endroit où obtenir des soins, contre seulement 1 % de la population néerlandaise et 4 % de la population allemande.

Deuxièmement, ces estimations ne tiennent pas compte des coûts associés aux soins primaires dispensés dans des établissements qui ne sont pas couverts par la définition de l'OCDE, notamment les urgences, ce qui est notamment le cas au Canada. Étant donné que 24 % des adultes canadiens n'ayant pas accès à un prestataire de soins primaires ont déclaré s'être présentés aux

urgences pour un problème de santé non urgent en 2022, le coût associé à la prestation de soins primaires – y compris les soins qui auraient dû être prodigués dans des établissements de soins primaires – serait plus élevé²³. Par conséquent, la part des dépenses consacrée aux soins primaires par les gouvernements au Canada par rapport au total des dépenses de santé serait probablement beaucoup plus importante. La substitution des soins d'urgence aux soins primaires a des conséquences réelles sur le système de santé dans son ensemble.

Le manque d'accès aux soins primaires a des conséquences plus vastes sur le système de santé

Faute de pouvoir accéder en temps opportun aux soins primaires, les patients se retrouvent avec deux options peu souhaitables pour répondre à leurs besoins en matière de soins de santé. Premièrement, comme nous l'avons déjà souligné, un patient peut se tourner vers des établissements dont la vocation n'est pas de dispenser des soins primaires, par exemple les urgences. En effet, en 2022, près d'un quart des adultes canadiens n'ayant pas accès à un prestataire de soins primaires ont dû se rendre à l'urgence pour des soins de santé non urgents (voir la Figure 1-4)²⁴. Il s'agit non seulement d'une inadéquation entre le patient et les soins dont il a besoin, mais aussi d'un effet domino qui accroît la pression sur d'autres éléments du système de santé.

Deuxièmement, et ce qui est pire, compte tenu de l'indisponibilité des soins primaires, les patients peuvent choisir de ne pas se faire soigner du tout. Le cas échéant, il est possible que de nouveaux problèmes de santé ne soient pas détectés ou que des maladies chroniques s'aggravent. Les patients seront alors bien plus susceptibles de souffrir plus tard d'une maladie plus avancée, ce qui finira par avoir des répercussions plus importantes sur leur qualité de vie, ainsi que sur les coûts des soins de santé qui en découlent.

19. Zirui Song et Suhas Gondi, *op. cit.*, note 11, p. 3.

20. Richard A. Young, « Increasing Spending on Primary Care to Reduce Health Care Costs », *JAMA*, vol. 323, no 6, 2020, p. 571; Zirui Song et Suhas Gondi, *Ibid.*, p. 2.

21. Les services sont ceux fournis par les prestataires de soins ambulatoires. Les mêmes services fournis dans les hôpitaux ou dans le cadre de soins spécialisés en externe ne sont pas inclus. OECD, *op. cit.*, note 18.

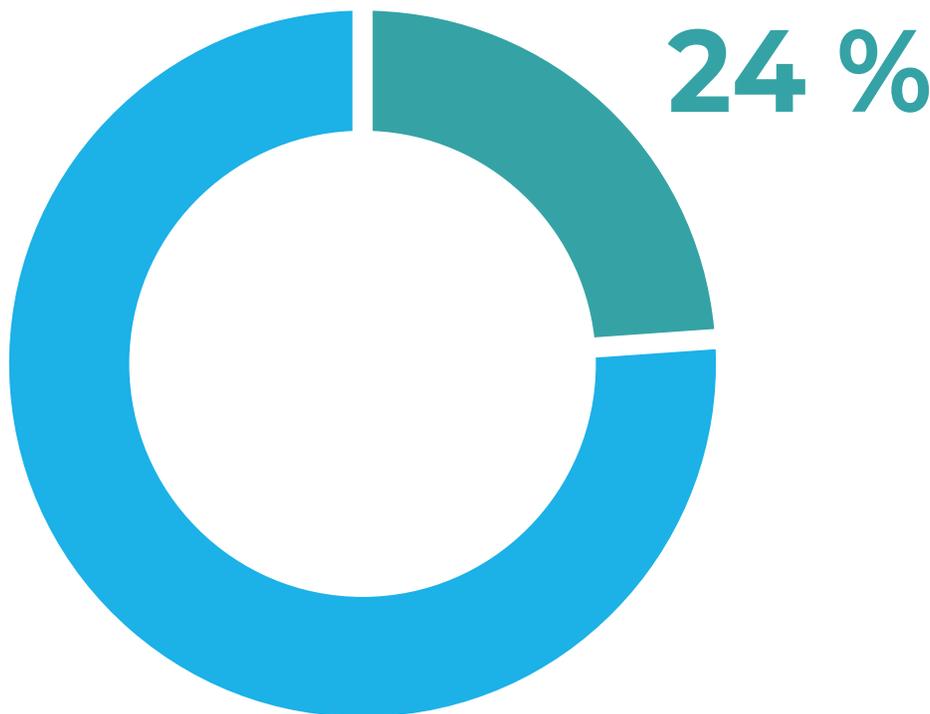
22. *Idem.*

23. MAP Centre for Urban Health Solutions, *OurCare: The final report of the largest pan-Canadian conversation about primary care*, 2024, p. 35; *OurCare*, *op. cit.*, note 16.

24. *Idem.*

Figure 1-4

Pourcentage des adultes canadiens n'ayant pas accès à un médecin de famille qui ont consulté les urgences pour des soins non urgents en 2022



Source : MAP Centre for Urban Health Solutions, *OurCare: The final report of the largest pan-Canadian conversation about primary care*, 2024, p. 35; OurCare, *OurCare National Survey Findings: Summary Report*, mai 2023, p. 13.

Les patients nécessitant des soins primaires finissent souvent aux urgences

Sur le total des visites aux urgences dans l'ensemble du pays entre avril 2022 et mars 2023, 30 % concernaient des problèmes non urgents ou moins urgents²⁵. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) avait déjà estimé qu'une sur cinq de ces visites aux urgences, pour des problèmes de santé que l'on peut qualifier de « conditions propices à la médecine familiale », aurait pu être adéquatement prise en charge par un méde-

cin de famille ou dans un établissement de soins primaires²⁶.

Faute de pouvoir accéder en temps opportun aux soins primaires, un patient peut se tourner vers les urgences, et ce qui est pire, choisir de ne pas se faire soigner du tout.

À partir des données du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) sur les

25. Cette donnée est basée sur les niveaux 4 et 5 de l'ECTG, qui comprennent les patients dont le niveau de triage est moins urgent ou non urgent et dont la visite se termine par un retour à domicile. Ces niveaux excluent les patients qui ont été transférés dans un autre établissement et ceux qui sont décédés. Institut canadien d'information sur la santé, *Visites au service d'urgence et durée du séjour selon les données du SNISA*, 22 février 2024.

26. 21 % des cas sont considérés comme des conditions propices à la médecine familiale, qui sont généralement de faible gravité et ne nécessitent pas une hospitalisation. Les résultats sont également limités par les régions qui ont transmis des données à l'ICIS. Institut canadien d'information sur la santé, *Sources des visites potentiellement évitables aux services d'urgence*, novembre 2014, p. 7.

Tableau 1-1

Visites non nécessaires aux urgences du Canada, 2022-2023			
	Total des visites aux urgences	Visites moins urgentes ou non urgentes	Visites qui auraient pu être prises en charge en soins primaires
Yukon	41 737	20 849	4 378
Colombie-Britannique	1 769 587	522 662	109 759
Alberta	2 227 674	692 812	145 491
Saskatchewan	606 903	241 843	50 787
Manitoba	282 416	79 971	16 794
Ontario	6 213 334	1 427 973	299 874
Québec	3 626 684	1 503 940	315 827
Nouvelle-Écosse	294 976	68 087	14 298
Île-du-Prince-Édouard	66 002	17 178	3 607
TOTAL	15 129 313	4 575 315	960 816

Note : Les données présentées ici ne concernent que les provinces participantes et les établissements qui ont transmis des données au SNISA en 2022-2023. Il s'agit donc probablement de sous-estimations, et les résultats comparant les provinces et les territoires doivent être interprétés avec prudence. * Indique que les données sont incomplètes pour les urgences de la province ou du territoire. En 2022-2023, le SNISA a pris en compte toutes les urgences du Québec, de l'Ontario, de l'Alberta et du Yukon, mais seulement 30 en Colombie-Britannique, 56 en Saskatchewan, 8 en Nouvelle-Écosse, 7 au Manitoba et 2 à l'Île-du-Prince-Édouard.

Source : Institut canadien d'information sur la santé, *Visites au service d'urgence et durée du séjour selon les données du SNSIA par province et territoire, 2022-2023 (T1 to T4)*, août 2023; Institut canadien d'information sur la santé, *Sources des visites potentiellement évitables aux services d'urgence*, novembre 2014, p. 7.

soins hospitaliers (y compris aux urgences) dans l'ensemble du pays, nous estimons qu'il y a eu plus de 960 000 visites non nécessaires aux urgences au Canada entre avril 2022 et mars 2023 (voir le Tableau 1-1)²⁷. Comme cette estimation ne reflète pas l'ensemble des provinces et des territoires (ni l'ensemble des salles d'urgence), il s'agit d'une estimation relativement prudente.

Comme les coûts associés aux visites aux urgences et à celles en soins primaires diffèrent grandement, la difficulté d'accès aux soins primaires au Canada entraîne une perte énorme attribuable au volume de visites non nécessaires aux urgences. En fait, le

Plus de 1,6 million d'adultes canadiens n'ayant pas accès à un prestataire de soins primaires ont déclaré s'être présentés aux urgences pour un problème de santé non urgent en 2022.

coût d'une visite aux urgences est trois fois plus élevé que celui d'une visite chez un médecin de famille. En 2020-2021, l'ICIS estimait le coût direct d'une visite aux urgences au Canada à 205,80 \$, et celui d'une visite en médecine familiale à un peu

27. Le SNISA contient bien plus que ces données et constitue une riche source d'informations sur la façon dont les soins de santé sont utilisés dans l'ensemble du pays. Institut canadien d'information sur la santé, *Méta-données du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)*, consultée le 15 août 2024.

Tableau 1-2

Dépenses liées aux visites non nécessaires dans les services d'urgence	
	Coût des visites non nécessaires aux urgences (\$)
Yukon	328 137 \$
Colombie-Britannique*	18 514 151 \$
Alberta	21 849 766 \$
Saskatchewan*	8 338 215 \$
Manitoba*	3 381 958 \$
Ontario	42 216 308 \$
Québec	47 304 628 \$
Nouvelle-Écosse*	2 566 253 \$
Île-du-Prince-Édouard*	414 416 \$
TOTAL	144 967 833 \$

Note : Les informations présentées ici ne concernent que les provinces participantes et les établissements qui ont soumis des données au SNISA en 2022-2023. Il s'agit donc de sous-estimations, et les résultats comparant les provinces et les territoires doivent être interprétés avec prudence. Le coût d'une visite à l'urgence au Québec n'étant pas fourni par l'ICIS, c'est la moyenne canadienne qui est utilisée.

* Indique que les données sont incomplètes dans les services d'urgence de la province ou du territoire. En 2022-2023, le SNISA incluait toutes les urgences du Québec, de l'Ontario, de l'Alberta et du Yukon, mais seulement 30 en Colombie-Britannique, 56 en Saskatchewan, 8 en Nouvelle-Écosse, 7 au Manitoba et 2 à l'Île-du-Prince-Édouard.

Source : Calculs des auteurs. Institut canadien d'information sur la santé, Aperçu des paiements versés aux médecins et des coûts par service, 17 novembre 2022; Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses hospitalières, 2005-2006 à 2021-2022, tableaux de données — série C : coût direct moyen par patient selon le centre d'activité choisi*, 2023.

plus de 56 \$²⁸. Alors qu'au moins 960 000 visites non nécessaires aux urgences ont été recensées, le système de santé canadien aurait pu réaliser des économies de près de 145 millions de dollars au minimum en confiant la prise en charge de ces visites à des prestataires de soins primaires (voir le

Sur le total des visites aux urgences dans l'ensemble du pays entre avril 2022 et mars 2023, 30 % concernaient des problèmes non urgents ou moins urgents.

Tableau 1-2)²⁹. Sans oublier la réduction des temps d'attente pour les patients qui avaient réellement besoin de soins d'urgence.

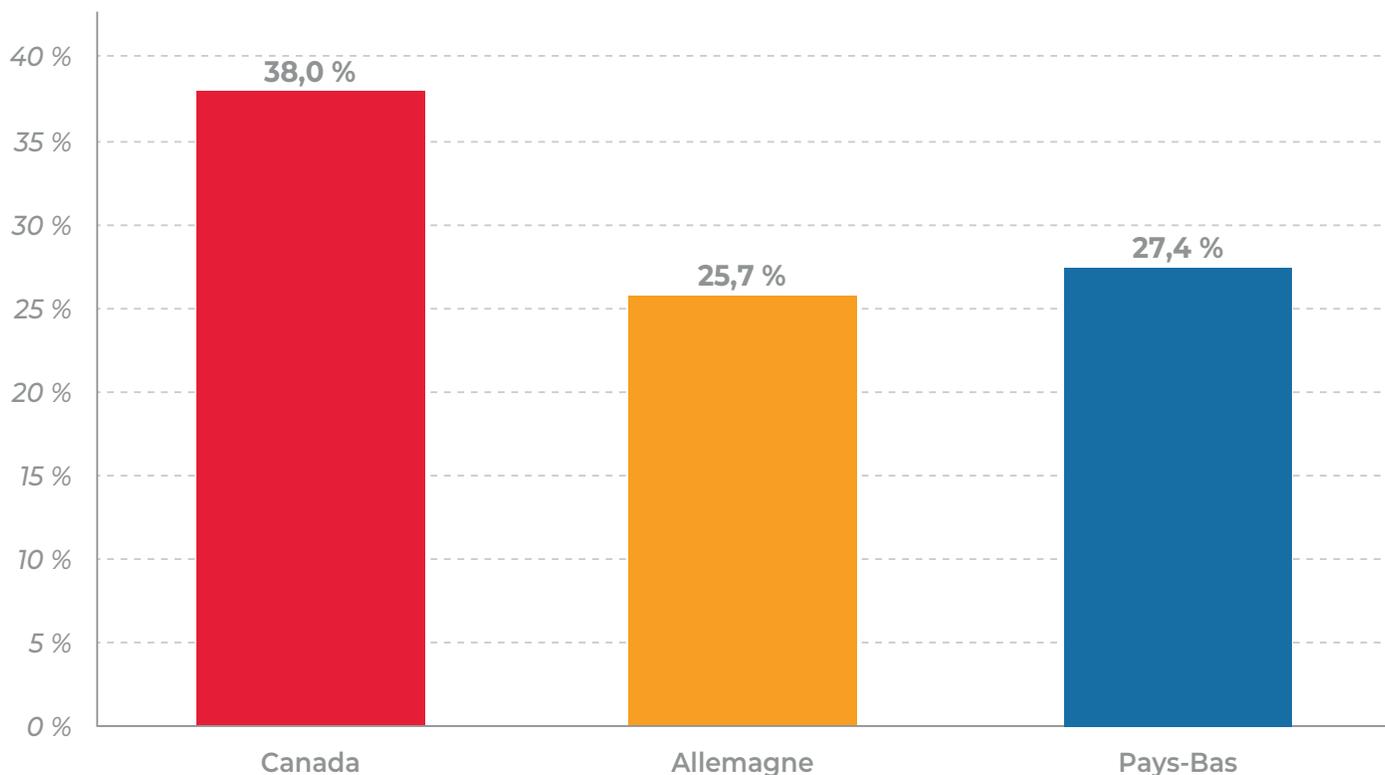
Même si ces visites auraient pu être prises en charge de manière appropriée dans un établissement de soins primaires, les patients ne peuvent

28. Il s'agit du coût par visite aux urgences au Canada, allant de 143,30 \$ au Yukon à 257,40 \$ au Manitoba. Le coût d'une visite chez un médecin de famille est estimé à 56,02 \$ au Canada (non ventilé par province et territoire). Le coût d'une visite chez un autre prestataire de soins primaires, tel qu'une infirmière praticienne ou un pharmacien, n'est pas inclus ici, mais il est probablement moins élevé ou équivalent au coût par visite pour les médecins de famille. Institut canadien d'information sur la santé, Aperçu des paiements versés aux médecins et des coûts par service, 17 novembre 2022; Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses hospitalières, 2005-2006 à 2021-2022, tableaux de données — série C : coût direct moyen par patient selon le centre d'activité choisi*, 2023.

29. *Idem*. Calculs des auteurs. Cela n'inclut pas les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut, Terre-Neuve-et-Labrador ni le Nouveau-Brunswick.

Figure 1-5

Pourcentage des patients qui se sont rendus à l'urgence pour une condition qu'ils croyaient susceptible d'être soignée par leur prestataire de soins primaires s'il avait été disponible, 2023



Source : Institut canadien d'information sur la santé, « Résultats du Canada : Enquête internationale de 2023 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé réalisée auprès de la population générale de 18 ans et plus dans 10 pays — tableaux de données », Question 20, 2024.

tout simplement pas bénéficier d'un accès à leur prestataire de soins primaires dans un délai raisonnable. Comme le montre la Figure 1-5, le Canada affiche une fois de plus des résultats défavorables par rapport aux patients de l'Allemagne et des Pays-Bas. En 2023, 38 % des patients canadiens ont déclaré que la dernière fois qu'ils se sont rendus aux urgences, c'était pour un problème qui aurait pu être traité par leur médecin de famille ou leur clinique médicale habituelle, si ces services avaient été disponibles. Cette même proportion

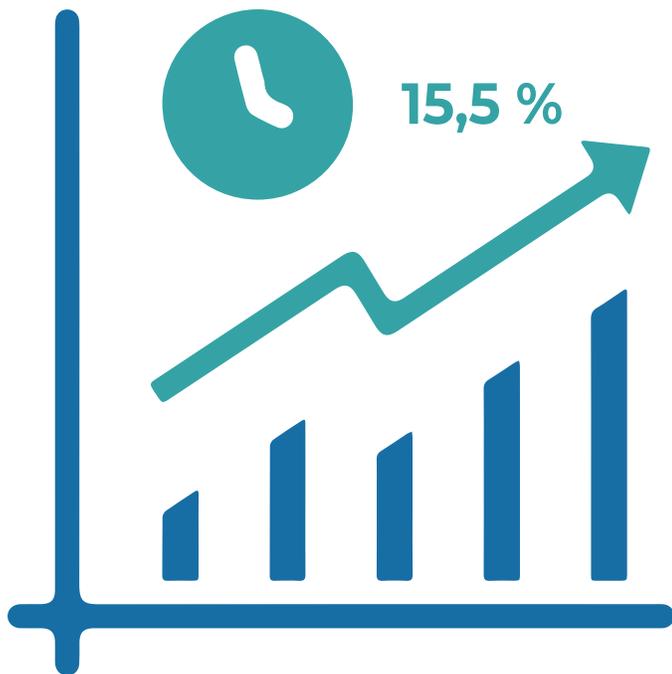
Non seulement ces visites inutiles aux urgences alourdissent-elles les coûts du système de santé, mais elles contribuent également à allonger les temps d'attente aux urgences.

était de 26 % pour les patients allemands et de 27 % pour les patients néerlandais³⁰.

30. Institut canadien d'information sur la santé, « Résultats du Canada : Enquête internationale de 2023 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé réalisée auprès de la population générale de 18 ans et plus dans 10 pays — tableaux de données », Question 20, 2024.

Figure 1-6

Augmentation du temps d'attente médian dans les urgences du Québec, 2018-2024



Note : En 2018-2019, le temps d'attente médian aux urgences était de 4,52 heures et en 2023-2024 de 5,22 heures, soit une différence de 15,5 %.

Source : Emmanuelle B. Faubert, « La situation stagne dans les urgences du Québec », Point, IEDM, 18 mars 2024, p. 1.

Non seulement ces visites inutiles aux urgences alourdissent-elles les coûts du système de santé, mais elles contribuent également à allonger les temps d'attente aux urgences, laissant les patients languir et entraînant des complications supplémentaires. En Nouvelle-Écosse, par exemple, les urgences ont été surchargées de patients non urgents, ce qui s'est traduit par un nombre élevé de décès dans les services d'urgence. En 2023, la province a vu 666 patients mourir en attendant de recevoir des soins médicaux aux urgences, soit une augmentation de 19 % par rapport à l'année précédente³¹. Au Québec, de plus en plus de patients ont fait appel aux urgences pour obtenir des soins primaires, ce qui a entraîné une augmentation du temps d'attente médian de 15,5 % entre 2018 et

2024 (voir la Figure 1-6). Dans la région du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) des Laurentides, les temps d'attente médians se sont allongés à plus de sept heures³².

Lorsque les temps d'attente aux urgences sont longs, les patients repartent sans avoir été pris en charge ou ne consultent pas du tout

Considérant le nombre de Canadiens qui se rendent aux urgences pour y recevoir des soins primaires, il n'est pas surprenant que le Canada fasse pâle figure par rapport à l'Allemagne et aux Pays-Bas en matière de temps d'attente aux urgences (voir le Tableau 1-3). En 2020, plus de la moitié des patients allemands et près des deux tiers des patients néerlandais ont attendu moins d'une heure lors de leur dernière visite aux urgences. Au Canada, à peine plus d'un tiers pourrait en dire autant³³. En revanche, 29,3 % des adultes canadiens ont attendu plus de quatre heures avant d'être examinés, contre seulement 10 % des Allemands et 3,1 % des Néerlandais.

En 2020, 29,3 % des adultes canadiens ont attendu plus de quatre heures avant d'être examinés, contre seulement 10 % des Allemands et 3,1 % des Néerlandais.

Outre les retards dans l'accès aux soins, les longs temps d'attente aux urgences peuvent faire en sorte que les patients les quittent sans avoir été examinés. Bon nombre de ces patients présentent un niveau de priorité tel que le fait de quitter les urgences sans avoir été pris en charge puisse avoir de graves conséquences. Par exemple, au Québec en 2022-2023, 11,5 % des patients qui ont fréquenté une salle d'urgence de la province sont partis sans être traités, dont plus d'un quart (27,5 %) étaient jugés urgents et nécessitant un

32. En 2018-2019, le temps d'attente médian aux urgences était de 4,52 heures et en 2023-2024 de 5,22 heures, soit une différence de 15,5 %. Emmanuelle B. Faubert, « La situation stagne dans les urgences du Québec », Point, IEDM, 18 mars 2024, p. 1-2.

33. Institut canadien d'information sur la santé, « Résultats du Canada : Enquête internationale de 2020 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé réalisée auprès de la population générale de 11 pays — tableaux de données », Question 27, 2021.

Tableau 1-3

Temps d'attente aux urgences du Canada, de l'Allemagne et des Pays-Bas, 2020			
	Canada	Allemagne	Pays-Bas
Proportion d'adultes ayant attendu moins d'une heure avant d'être pris en charge lors de leur dernière visite aux urgences	34,5 %	55,2 %	62,0 %
Proportion d'adultes ayant attendu entre une et quatre heures avant d'être pris en charge lors de leur dernière visite aux urgences	34,7 %	33,2 %	30,2 %
Proportion d'adultes ayant attendu plus de quatre heures avant d'être pris en charge lors de leur dernière visite aux urgences	29,3 %	10,0 %	3,1 %

Source : Institut canadien d'information sur la santé, « Résultats du Canada : Enquête internationale de 2020 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé réalisée auprès de la population générale de 11 pays — tableaux de données », Question 27, 2021.

traitement rapide³⁴. Si les urgences des provinces n'étaient pas saturées par des patients nécessitant des soins primaires, elles seraient mieux à même de prendre en charge les patients gravement malades.

Au Québec en 2022-2023, 11,5 % des patients qui ont fréquenté une salle d'urgence de la province sont partis sans être traités.

Par ailleurs, comme la population est bien consciente des délais d'attente prolongés dans les urgences, il ne fait aucun doute que de nombreux patients choisissent de ne pas se faire soigner du tout, et se présentent souvent plus tard avec une maladie plus avancée, assortie des complications qui en découlent. Au bout du compte, le bilan des attentes prolongées aux urgences est immense : les coûts du système se multiplient, de même que les coûts humains assumés par les patients. Bien que

ces derniers soient souvent difficiles à quantifier, ils n'en sont pas moins bien réels.

En raison notamment des défaillances en matière de soins primaires, le système de santé canadien est bien moins performant que celui de l'Allemagne et des Pays-Bas, une conclusion appuyée par une récente analyse du Fonds du Commonwealth³⁵. Le rapport de 2024 examinait 70 indicateurs de performance du système de santé répartis sur cinq domaines (accès aux soins, processus liés aux soins, efficacité administrative, équité et résultats cliniques) et, en ce qui concerne l'accès, le Canada s'est classé au 7^e rang des 10 pays inclus dans l'étude. Les Pays-Bas ont pris la première place et l'Allemagne, la troisième. Les Canadiens reconnaissent eux-mêmes que quelque chose ne tourne pas rond : en effet, une proportion nettement plus faible d'entre eux, soit 56 %, se sont dits satisfaits de la disponibilité des soins de santé de qualité, contre 85 % des Allemands et 83 % des Néerlandais (données de 2019)³⁶.

35. David Blumenthal *et al.*, « Mirror Mirror 2024, A Portrait of the Failing U.S. Health System: Comparing Performance in 10 Nations », The Commonwealth Fund, septembre 2024, p. 3 et 4.

36. OCDE, OECD Health at a Glance 2023 Country Note, Canada, 2023, p. 1; OCDE, OECD Health at a Glance 2023 Country Note, Germany, 2023, p. 1; OCDE, OECD Health at a Glance 2023 Country Note, The Netherlands, 2023, p. 1.

34. Emmanuelle B. Faubert, « Les Québécois ne devraient pas devoir quitter l'urgence avant d'avoir été soignés », Point, IEDM, 20 juin 2024, p. 2.



CHAPITRE 2

Les différences clés qui favorisent l'accès aux soins primaires en Allemagne et aux Pays-Bas

Les systèmes de soins primaires du Canada, de l'Allemagne et des Pays-Bas sont tous universels dans la mesure où ils prodiguent des soins de santé complets à l'ensemble de leurs résidents, quels que soient leurs revenus ou leur situation professionnelle. Mais chaque pays possède son propre modèle de financement et de prestation de services. Les systèmes allemand et néerlandais se distinguent par quelques différences importantes qui permettent un plus grand choix pour les patients et les prestataires, une meilleure flexibilité du système et une concurrence accrue, de sorte que l'accès aux soins primaires y est plus facile qu'au Canada.

Ces différences portent notamment sur le mode de financement des soins de santé et, par extension, des soins primaires (2.1), sur la manière dont les prestataires de soins primaires contrôlent l'accès aux soins de santé plus spécialisés (2.2) et sur la possibilité pour les professionnels de la santé d'offrir leurs services à la fois dans les secteurs public et privé (2.3).

2.1 Le financement mixte en Allemagne et aux Pays-Bas permet un meilleur accès et une plus grande flexibilité que le système à payeur unique du Canada

Canada

Les soins de santé au Canada sont prodigués par l'intermédiaire de différents régimes d'assurance maladie provinciaux et territoriaux qui donnent accès à des services sur leur territoire respectif. Le système est financé indirectement par les recettes fiscales générales, chaque province et territoire allouant une partie de ces revenus à son régime public d'assurance maladie (voir la Figure 2-1)³⁷.

37. Association médicale canadienne, Comment les soins de santé sont-ils financés au Canada?, consultée le 23 août 2024; Gouvernement du Canada, Transfert canadien en matière de santé, Qu'est-ce que le transfert canadien en matière de santé (TCS)? 15 février 2022.

Une enveloppe additionnelle est accordée par le gouvernement fédéral sous la forme du Transfert canadien en matière de santé, selon un montant égal par habitant, représentant environ 22 % du coût total de l'assurance maladie publique en 2023³⁸. La particularité du système canadien, dans l'ensemble des provinces, est que les patients assurés et les professionnels de la santé sont tributaires d'un système public à payeur unique pour les soins de santé médicalement nécessaires, sans pouvoir choisir leur assureur ou leur régime d'assurance, en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. Cette situation contraste fortement avec celle de l'Allemagne et des Pays-Bas.

Les systèmes allemand et néerlandais permettent un plus grand choix, une meilleure flexibilité du système et une concurrence accrue.

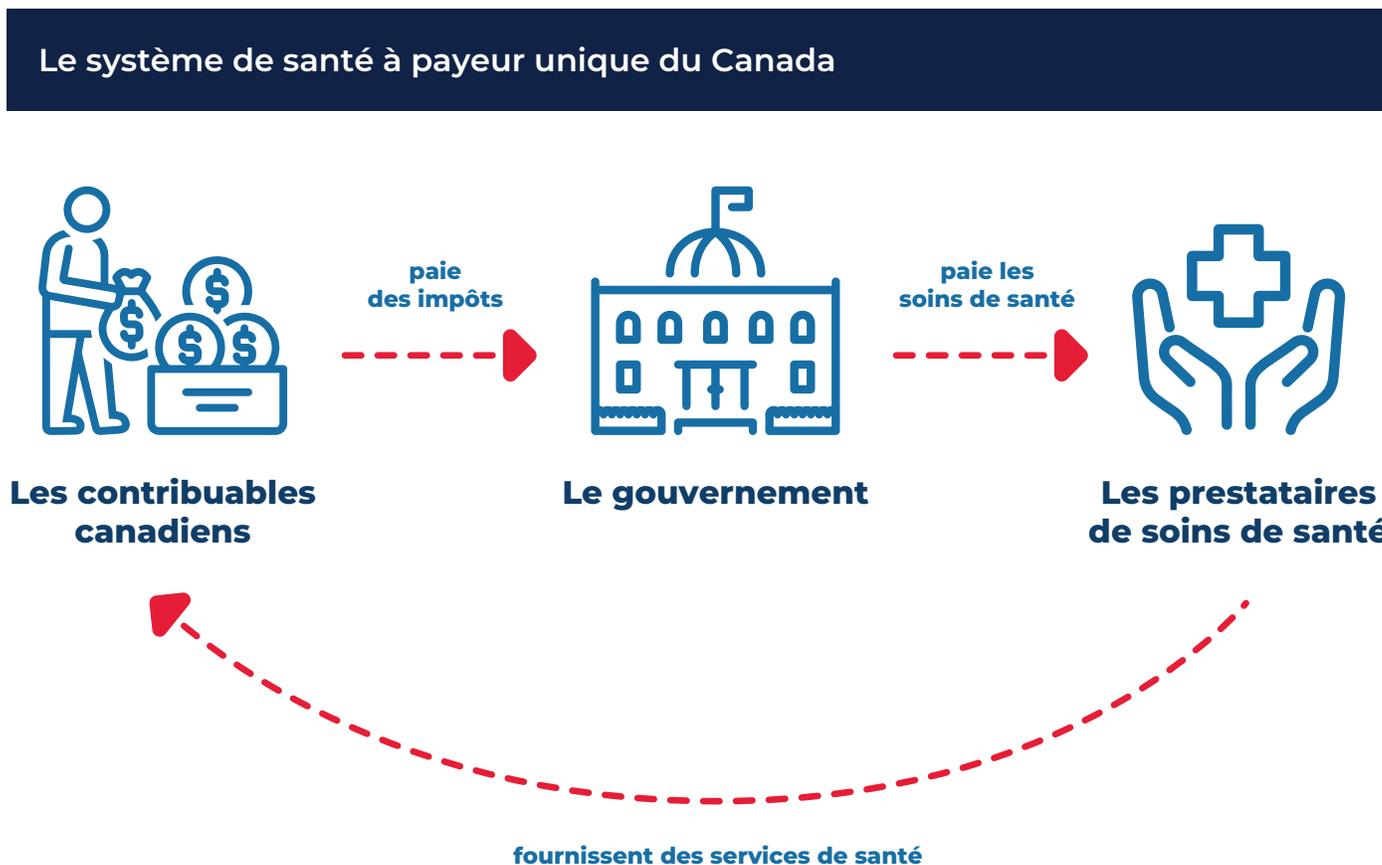
Allemagne

Le système universel mixte de l'Allemagne est un système d'assurance multipayeurs qui comprend l'assurance maladie légale (AML) et l'assurance maladie privée (AMP), toutes deux administrées par des entités privées³⁹. Bien que l'assurance maladie soit obligatoire en Allemagne, il existe un grand nombre d'assureurs parmi lesquels choisir. On compte actuellement 140 caisses d'assurance (« caisses maladie ») dans le système d'AML, lequel couvre environ 90 % de la population, et 34 assureurs dans le système d'AMP, qui assure les 10 %

38. Association médicale canadienne, *Ibid.*

39. Florence Jenkins, « Germany's Insurance Landscape: Understanding the Most Essential Policies », *The Munich Eye*, 12 avril 2024; Institut Fraser, « How Germany embraces the private sector to deliver universal health care », *The Fraser Institute Blog*, 5 avril 2016; Goran Ridic, Suzanne Gleason et Ognjen Ridic, « Comparisons of Health Care Systems in the United States, Germany and Canada », *Materia Soci-Medica*, vol. 24, no 2, 2012, p. 114–115.

Figure 2-1



Note : Dans ce graphique, les soins de santé désignent les soins financés par l'État, tels que les soins primaires. Ils n'incluent pas les soins fournis par des professionnels en dehors de ce cadre.

restants de la population (voir la Figure 2-2)⁴⁰. Qu'il soit assuré par le système d'AML ou d'AMP, le bénéficiaire peut s'attendre à profiter d'une large couverture de façon générale, et en particulier

d'une couverture complète en matière de soins primaires⁴¹.

Bien que l'assurance maladie soit obligatoire en Allemagne, il existe un grand nombre d'assureurs parmi lesquels choisir.

Dans le système d'AML, les employés et les employeurs partagent en parts égales le paiement

40. Le système d'AMP est réservé à certaines professions et aux travailleurs indépendants, ou à ceux qui gagnent au-delà d'un certain seuil. Il est financé par les primes versées par les personnes qui choisissent de souscrire cette forme d'assurance maladie. Le montant payé par un assuré varie en fonction du régime d'assurance maladie choisi et de l'état de santé général de l'assuré, entre autres. GKV-Spitzenverband, Statutory health insurance, 3 mai 2024; Euro-Informationen, « List: Statutory health insurance companies », *Krankenkassen*, consultée le 23 août 2024; Frederik T. Schut, Cornelia Henschke et Zeynep Or, « Changing roles of health insurers in France, Germany, and the Netherlands: any lessons to learn from Bismarckian systems? », *Health Economics, Policy, and Law*, vol. 18, 2023, p. 366; Euro-Informationen, « List: Private health insurance companies », *Krankenkassen*, consultée le 23 août 2024; Organisation mondiale de la Santé, « Germany: Country overview », « *European Observatory on Health Systems and Policies* », consultée le 23 août 2024.

41. Le système d'AML comprend les soins hospitaliers et ambulatoires, les soins de santé mentale et les médicaments délivrés sur ordonnance. L'offre est plus large dans le cadre du système d'AMP, qui comprend notamment des chambres d'hôpital privées et des horaires de rendez-vous plus souples. Germany Visa, Health Insurance in Germany – The German Healthcare System, consultée le 30 août 2024; InformedHealth.org, Health care in Germany: Learn More – The German health care system, *Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG)*, 2018.

Figure 2-2

Couverture de l'assurance maladie en Allemagne, en pourcentage de la population



Source : GKV-Spitzenverband, Statutory health insurance, 3 mai 2024.

des primes⁴². Tous les assurés de l'AML bénéficient des mêmes prestations de base, même si certains paient plus que d'autres pour leur couverture, étant donné que les cotisations varient en fonction des revenus⁴³. Les assurés au titre de l'AML peuvent choisir de souscrire une assurance

différente chaque année, ou parfois plus tôt, si leur situation l'exige⁴⁴.

Quant aux assurés qui optent pour l'AMP, ils paient des primes calculées en fonction de la couverture du régime et de leur profil individuel en matière de risques de santé. Ainsi, le revenu d'un assuré n'a pas d'incidence sur la prime de sa police au titre de l'AMP⁴⁵. Comme pour l'AML, le paiement des primes d'assurance est réparti entre l'employé et l'employeur, mais cette répartition n'est pas nécessairement égale⁴⁶. Comme pour

42. Financé par les cotisations obligatoires des employés et des employeurs, le système d'AML allemand est essentiellement un impôt sur la masse salariale, avec un taux de cotisation de 14,6 % réparti à parts égales entre l'employeur et l'employé, auquel s'ajoute une cotisation supplémentaire d'environ 1 %. Les cotisations sont mises en commun puis réaffectées aux fonds de l'AMP sur la base d'une formule de capitation ajustée au risque. Euro-Informationen, « Additional contribution from health insurance companies », *Krankenkassen*, consultée le 23 août 2024; Ottonova, Employee Contribution, consultée le 23 août 2024; Bundesministerium der Justiz, Social Code (SGB) Book Five (V) - Statutory Health Insurance - (Article 1 of the Act of 20 December 1988, Federal Law Gazette I p. 2477), § 257 Contribution subsidies for employees, consultée le 23 août 2024; Deutsche Flagge, « Current Contributions – Operands », Federal Ministry for Digital and Transport, 28 juin 2024.

43. Le pourcentage du revenu s'applique jusqu'à un certain seuil de revenus mensuels bruts de 5175 euros. Les différentes caisses d'AML peuvent offrir des avantages supplémentaires tels que le nettoyage dentaire professionnel, le prolongement des dépistages du cancer ou des programmes de primes. En général, les primes de l'AMP varient entre 350 et 900 euros par mois pour une personne de 35 ans en bonne santé, en fonction du type de régime et de la couverture. Deutsche Flagge, *Ibid.*; Culpeck, « Statutory Health Insurance », consultée le 23 août 2024; Euro-Informationen, « What Does Private Health Insurance Cost? », *Krankenkassen*, consultée le 23 août 2024.

44. Toute personne ayant été affiliée à une caisse d'assurance maladie donnée pendant au moins 12 mois peut passer à n'importe quelle autre caisse d'assurance maladie. Toutefois, si l'assureur augmente le montant de la cotisation, un droit spécial de résiliation est prévu. Un délai de préavis de deux mois s'applique. Euro-Informationen, « You Want to Change Your Health Insurance Fund », *Krankenkassen*, consultée le 28 août 2024.

45. Le système d'AMP est réservé à certaines professions, aux travailleurs indépendants et aux personnes dont les revenus sont supérieurs à un certain seuil. Une fois le seuil d'éligibilité franchi, le revenu n'a plus d'incidence. GermanPedia, Employer Contribution to Private Health Insurance in Germany [2024 English Guide], 28 juillet 2024; InformedHealth.org, *op. cit.*, note 41.

46. Cela est dû au fait que les montants des primes ne peuvent pas dépasser les contributions à l'AML versées par le gouvernement et que, par conséquent, un employé n'a droit qu'au montant que l'employeur aurait autrement versé pour une police d'AML. InformedHealth.org, *Ibid.*; Ottonova, *op. cit.*, note 42.

l'AML, les assurés de l'AMP peuvent changer d'assureur chaque année⁴⁷.

Le système d'assurance maladie allemand accorde une grande importance au choix du patient. Les résidents peuvent choisir parmi une gamme d'assureurs, ce qui favorise l'amélioration de la qualité des services ainsi que l'élargissement des avantages dans le but d'attirer et de fidéliser les clients. Les individus peuvent choisir le régime d'assurance maladie qui convient le mieux à leur situation financière et à leurs besoins en matière de soins de santé⁴⁸. Il faut souligner que si les Allemands couverts par l'AML peuvent choisir leur couverture (opter pour une prime moins élevée si l'assurance prévoit un co-paiement ou une franchise plus élevée, par exemple), les services de soins primaires de base ne font l'objet d'aucun co-paiement ou franchise⁴⁹.

Les Pays-Bas

Aux Pays-Bas, le système de santé est un modèle fondé sur un marché réglementé, qui prévoit que l'assurance maladie de base est fournie par des assureurs privés (voir la Figure 2-3). En 2023, 20 assureurs distincts proposaient 60 polices d'assurance maladie différentes, chacune étant tenue de couvrir au moins les soins obligatoires de base, y compris les soins primaires⁵⁰.

Le financement de ce système s'apparente en quelque sorte à une combinaison des systèmes allemands d'AML et d'AMP. En effet, les résidents néerlandais versent directement à l'assureur de leur choix une prime forfaitaire pour les soins obligatoires de base, indépendamment de leurs reve-

nus, ainsi qu'une cotisation salariale, qui varie en fonction des revenus⁵¹. La cotisation salariale est partagée entre l'employeur et l'employé, comme en Allemagne, et s'applique jusqu'à un certain seuil de revenu⁵². Comme pour le système allemand, les co-paiements et les franchises permettent de limiter les coûts et varient en fonction de l'assureur ou de la police d'assurance choisie par l'assuré. Toutefois, là encore, ces dispositions ne s'appliquent pas aux soins primaires⁵³.

**Aux Pays-Bas, en 2023,
20 assureurs distincts proposaient
60 polices d'assurance maladie
différentes.**

Étant donné que tous les assureurs relèvent du secteur privé, comme c'est le cas en Allemagne, ils doivent se faire concurrence en matière de prix et de qualité⁵⁴. Les assurés peuvent comparer différents régimes d'assurance et changer d'assureur chaque année, ce qui garantit la réactivité des assureurs aux besoins et aux préférences de leurs assurés⁵⁵. Par ailleurs, la possibilité de choisir sa couverture permet aux individus de souscrire une assurance supplémentaire pour les services non couverts par l'offre de base, permettant ainsi de bénéficier d'une couverture plus personnalisée et mieux adaptée aux besoins de l'assuré⁵⁶.

47. Le changement ne sera effectif que s'il est prouvé, dans les deux mois suivant la résiliation, qu'un nouvel assureur a été désigné sans interruption. L'AMP peut être modifiée à la fin de l'année civile ou à la fin de l'année contractuelle, moyennant un préavis de trois mois. Federal Financial Supervisory Authority, Private health and compulsory long-term care insurance, 16 mai 2024.

48. Jana Koehler, « Public vs. Private health insurance in Germany: What's better? », *HalloGermany*, 16 janvier 2024.

49. Michaela Olm *et al.*, « Impact of the abolition of copayments on the GP-centred coordination of care in Bavaria, Germany: analysis of routinely collected claims data », *BMJ Open*, vol. 10, 2020, p. 2; Entretien personnel avec un économiste de la santé allemand, 13 septembre 2024. Il peut y avoir des franchises pour les soins primaires dans le cadre de l'AMP, mais cela fait l'objet d'un accord entre le patient et l'assureur.

50. La couverture de base comprend un large éventail de services tels que les soins hospitaliers, les médicaments sur ordonnance et, bien sûr, les consultations avec un prestataire de soins de santé primaires. NZA, « Key figures health insurers », consultée le 23 août 2024; Association médicale canadienne, Soins de santé publics-privés : situation à l'étranger, Soins de santé aux Pays-Bas, consultée le 13 septembre 2024.

51. Les montants des primes varient selon le régime et le prestataire, mais s'élèvent en moyenne à environ 1200 euros par an. Les cotisations salariales sont mises en commun et contribuent à financer le système. National Health Care Institute, Health care in the Netherlands, consultée le 23 août 2024, p. 10; Belastingdienst, Percentages of income-related contribution ZVW, consultée le 23 août 2024; Business.gov.nl, Income tax (IB) and healthcare insurance premium (ZVW), consultée le 23 août 2024; Boundless, Taxes in Netherlands, consultée le 23 août 2024; Roosa Tikkanen *et al.*, « International Health Care System Profiles: Netherlands », The Commonwealth Fund, 5 juin 2020.

52. La contribution salariale varie en fonction du revenu et est répartie entre l'employeur et le salarié, l'employeur payant un pourcentage plus élevé. Pour 2024, la répartition est de 6,57 % pour l'employeur et de 5,32 % pour le salarié, jusqu'à un seuil de revenus annuels de 71 628 €. Belastingdienst, *Idem*.

53. Roosa Tikkanen *et al.*, *op. cit.*, note 51.

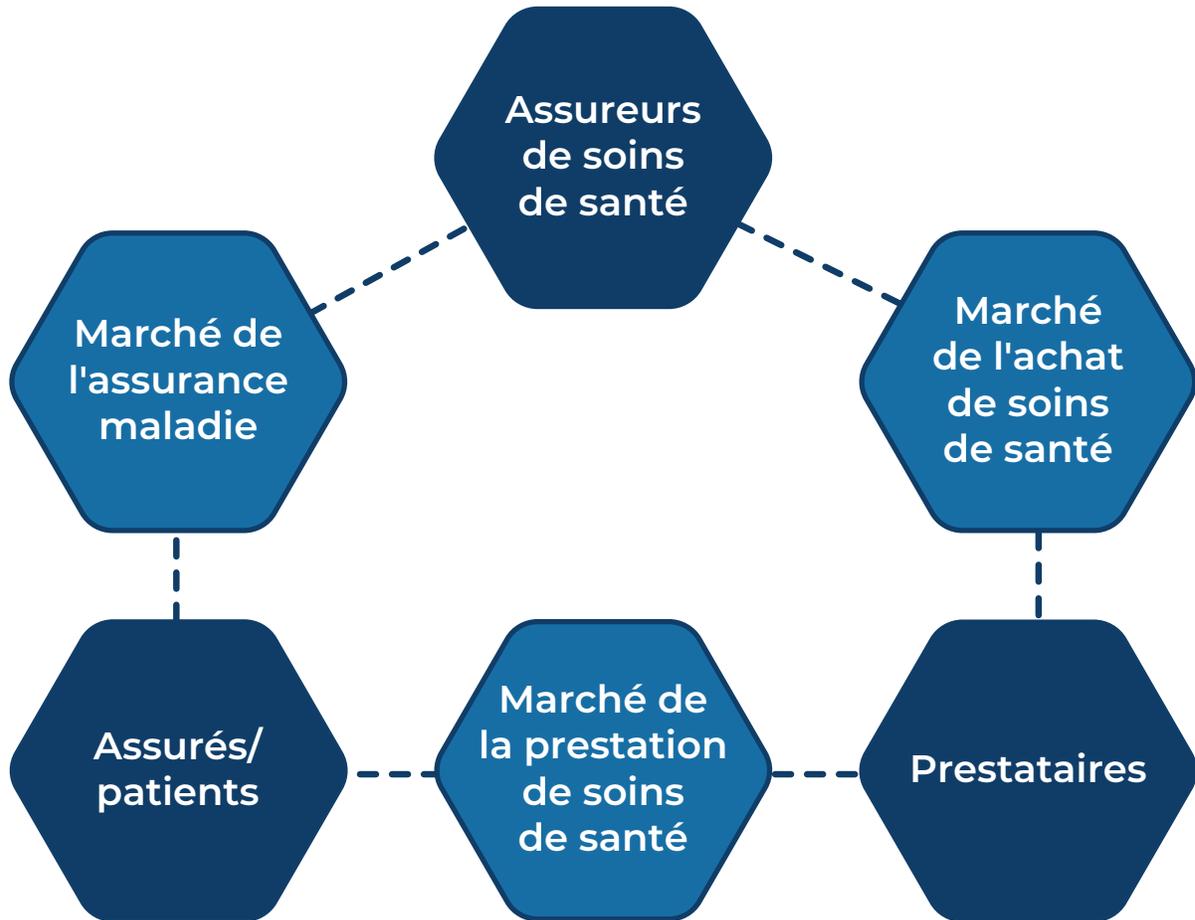
54. *Idem*.

55. Leiden International Centre, Time to Change Your Health Insurance, 4 décembre 2023.

56. Government of the Netherlands, Standard health insurance, consultée le 30 août 2024.

Figure 2-3

Le marché des soins de santé à payeurs multiples aux Pays-Bas



Les limites d'un assureur unique pour les patients et les prestataires de soins canadiens

Le mode de financement des systèmes de santé a des répercussions sur leur réactivité et sur la capacité à répondre aux besoins des patients. Le système d'assurance maladie à payeur unique du Canada est la seule option pour l'ensemble de la population et, par conséquent, tous les Canadiens sont contraints d'accepter un seul assureur et un seul régime pour les soins de santé nécessaires (y compris les soins primaires). Aucune personnalisation n'est possible.

En revanche, les habitants de l'Allemagne et des Pays-Bas ont la possibilité de choisir et de modifier leur régime d'assurance et de changer d'assu-

reur en fonction de leurs besoins propres⁵⁷. Cette liberté de choix est un élément fondamental de leurs systèmes d'assurance maladie respectifs, qui favorise la concurrence entre les assureurs et les encourage à offrir un meilleur service en plus d'une variété d'options de couverture. La possibilité de choisir son assureur ouvre la voie à un système centré sur le patient, permettant à ce dernier de prendre une décision au mieux de ses besoins, en fonction de ses préférences.

57. P. Hussey et G.F. Anderson, « A comparison of single- and multi-payer health insurance options and options for reform », *Health Policy*, vol. 66, 2003, p. 221.

Par ailleurs, ce contexte favorise l'émergence d'un marché concurrentiel qui encourage les assureurs à innover et à tester diverses options de prestation de soins pour attirer et fidéliser les patients en tant qu'assurés. Les assureurs ont ainsi la liberté de diversifier leurs produits d'assurance et de s'adapter aux préférences des patients, en proposant par exemple un accès illimité (direct) aux spécialistes, comme c'est le cas en Allemagne, ou des montants variables de franchises et de co-paiements (applicables aux soins non primaires). Ce contexte permet également aux assureurs d'adapter rapidement leurs polices en fonction de l'évolution des besoins ou des préférences en matière de soins de santé. Dans les systèmes à payeurs multiples, comme ceux de l'Allemagne et des Pays-Bas, cette capacité d'adaptation est particulièrement importante, puisque les patients sont libres de changer d'assureur, que ce soit pour des raisons de coût ou pour d'autres considérations.

En outre, lorsque plusieurs assureurs sont en concurrence sur un même marché de soins de santé, ils ont tout intérêt à négocier les services de santé qui correspondent le mieux aux préférences des patients afin de pouvoir proposer des primes plus avantageuses. Les négociations avec les prestataires de soins sont donc plus dynamiques pour garantir l'accessibilité des services, ce qui profite finalement aux patients qui obtiennent les primes les plus basses possibles tout en conservant un accès optimal aux soins nécessaires à leur santé et à leur mieux-être⁵⁸. Aux Pays-Bas, par exemple, dans la plupart des cas, les assureurs négocient directement les prix avec les prestataires de soins de santé⁵⁹. Même chose en Allemagne, où les associations d'assureurs et les associations de prestataires concluent des accords avec des professionnels de la santé⁶⁰.

La présence de payeurs multiples est également importante pour les prestataires de soins de santé, qui bénéficient de la possibilité de négocier des

accords avec plusieurs assureurs privés plutôt que d'être limités à collaborer avec, ou à facturer, un seul assureur public (un monopsonne), comme c'est le cas au Canada⁶¹. Il en résulte une plus grande flexibilité contractuelle et de meilleurs résultats, en particulier pour les médecins qui sont en mesure d'améliorer l'accès aux services et leur prestation. Les prestataires de soins de santé peuvent négocier des conditions plus favorables à leurs activités, susceptibles de générer une augmentation des revenus lorsque, par exemple, ils apportent une plus grande valeur ajoutée aux payeurs et à leurs patients⁶².

Cette liberté de choix favorise la concurrence entre les assureurs et les encourage à offrir un meilleur service en plus d'une variété d'options de couverture.

Les patients et les prestataires de soins bénéficient par ailleurs d'une volonté accrue d'innover et d'expérimenter⁶³. Les partenariats entre les prestataires de soins et les assureurs sont susceptibles de faciliter la collaboration, leur permettant d'entreprendre des projets d'amélioration mutuellement bénéfiques lorsque de nouveaux modes de prestation de soins sont proposés (par exemple, la télémédecine). S'il n'y avait qu'un seul assureur public, ces projets ne seraient peut-être pas mis en œuvre aussi rapidement et efficacement.

Parmi les exemples de projets cofinancés avec succès par des prestataires de soins indépendants et des assureurs en Allemagne et aux Pays-Bas, on peut mentionner la création de réseaux de professionnels spécialisés dans le traitement de certaines maladies et des initiatives numériques en matière de soins de santé qui ont permis de

58. Comme cela a été démontré en milieu hospitalier. Kate Ho et Robin S. Lee, « Insurer Competition and Negotiated Hospital Prices », Federal Trade Commission, 2013, p. 29.

59. Commission Services (Directorate-General for Economic and Financial Affairs) and the Economic Policy Committee (Ageing Working Group), « The Netherlands: Health C and Long-Term Care Systems », *Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability*, juin 2019, p. 196.

60. Frederik T. Schut, Cornelia Henschke et Zeynep Or, *op. cit.*, note 40, p. 362-363.

61. Dans ce contexte, on parle de monopsonne lorsqu'il n'y a effectivement qu'un seul payeur, protégé légalement de la concurrence dans le cas des caisses d'assurance maladie publiques provinciales. L'acheteur unique achète des biens ou des services (de santé) à de multiples vendeurs (professionnels de santé). ScienceDirect, Monopsony, consultée le 28 août 2024.

62. Frederik T. Schut, Cornelia Henschke et Zeynep Or, *op. cit.*, note 40, p. 366-369.

63. Citit Greenberg, « Bridging the gap: how digital platforms can enhance collaboration between insurers and healthcare providers », *EasySend*, consultée le 30 août 2024.

réduire les coûts des soins et d'améliorer leur qualité⁶⁴.

Dans l'ensemble, la possibilité de choisir (et de changer) d'assureur en Allemagne et aux Pays-Bas fait en sorte que les patients participent activement aux décisions concernant leurs soins de santé, ce qui augmente leur satisfaction⁶⁵. On ne saurait sous-estimer le rôle joué par ces systèmes d'assurance maladie concurrentiels assortis d'une liberté de choix en Allemagne et aux Pays-Bas. Ils permettent de maintenir une approche centrée sur le patient, qui se traduit par un accès aux soins primaires nettement supérieur à celui du Canada.

Au sein des systèmes eux-mêmes, d'autres différences interviennent dans les modalités d'accès aux soins primaires, notamment en matière de contrôle d'accès, comme nous le verrons dans la section suivante.

2.2 Les patients ont plus de choix en matière d'accès aux soins en Allemagne et aux Pays-Bas

Restreindre l'accès aux soins spécialisés en exigeant des patients qu'ils soient préalablement orientés par un prestataire de soins primaires, ce que l'on appelle le « contrôle d'accès », est l'un des moyens utilisés par certains systèmes de santé universels pour limiter l'offre de soins de santé face à la demande des patients. Les mécanismes de contrôle d'accès sont généralement mis en place pour tenter d'éviter la surutilisation des services de santé et, par extension, pour contribuer à la gestion des coûts du système de santé⁶⁶. La logique qui sous-tend cette pratique est que le fait d'exiger des patients qu'ils obtiennent une demande de consultation avant de consulter un spécialiste permet de mieux contrôler les services spécialisés coûteux,

ce qui devrait permettre d'affecter plus efficacement les ressources limitées du système de santé.

Bien que l'objectif soit de réduire les coûts budgétaires, du moins à court terme, ce rationnement aboutit en fin de compte à un transfert des coûts vers le patient en augmentant les charges physiques, psychologiques et sociales causées par l'attente des soins spécialisés nécessaires. En outre, dans le contexte des soins primaires, les patients qui souffrent surchargent systématiquement leurs prestataires de soins primaires en multipliant les visites (inutiles) pendant qu'ils attendent les soins d'un spécialiste⁶⁷.

Ce rationnement aboutit à un transfert des coûts vers le patient en augmentant les charges physiques, psychologiques et sociales causées par l'attente des soins spécialisés nécessaires.

Canada

Dans un système très strict en matière de contrôle d'accès comme celui du Canada, les patients ont difficilement accès aux médecins spécialistes, ce qui entraîne une multitude de conséquences indésirables telles que le retard dans l'accès aux soins (ce qui peut aggraver l'état des patients), la perte d'autonomie des patients et l'alourdissement de la charge de travail des prestataires de soins primaires⁶⁸. De plus, son efficacité à contrôler les dépenses de santé reste incertaine⁶⁹.

Comme on pouvait s'y attendre, le contrôle d'accès a fait augmenter le nombre de consultations en soins primaires au Canada. Les prestataires de soins primaires ont ainsi dû faire face à une

64. Bradford Gray, Dana O. Sarnak, Marit Tanke, « ParkinsonNet: An Innovative Dutch Approach to Patient-Centered Care for a Degenerative Disease », *The Commonwealth Fund*, 23 décembre 2016; Iris Tinel *et al.*, « Effectiveness of an interactive web-based health program for adults: a study protocol for three concurrent controlled-randomized trials (EVA-TK-Coach) », *Trials*, vol. 22, no 526, 2021, p. 2, 12–13.

65. Une étude finlandaise de 2018 a montré que le choix est particulièrement important en matière de soins primaires. Anna-Mari Aalto *et al.*, « What patients think about choice in healthcare? A study on primary care services in Finland », *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 46, no 4, 2018, p. 10–12.

66. Kurt R. Brekke, Robert Nuscheler et Odd Rune, « Gatekeeping in health care », *CESifo Working Paper*, no 1552, *Center for Economic Studies and ifo Institute (CESifo)*, 2005, p. 2–6.

67. Une étude systématique récente a montré que le contrôle d'accès permettait de réduire le nombre d'hospitalisations et le recours aux soins spécialisés, mais qu'il était également associé à un plus grand nombre de consultations en soins primaires et à une moins grande satisfaction des patients que les systèmes d'accès direct. Poompong Sripa *et al.*, « Impact of GP gatekeeping on quality of care, and health outcomes, use, and expenditure: a systematic review », *British Journal of General Practice*, vol. 69, 2019, p. e296–e301.

68. Marcial Velasco Garrido, Annette Zentner et Reinhard Busse, « The effects of gatekeeping: A systematic review of the literature », *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2011, vol. 29, no 1, p. 30–34; *Ibid.*, pp. e296–e301.

69. Poompong Sripa *et al.*, *op. cit.*, note 67, p. e294.

charge administrative plus lourde, ce qui les a détournés des soins directs aux patients et d'autres activités importantes liées aux soins⁷⁰. Les recherches montrent que le traitement administratif d'une demande de consultation peut prendre beaucoup de temps⁷¹.

En conséquence, certains médecins prodiguant des soins primaires se voient contraints de prévoir des rendez-vous supplémentaires avec leurs patients afin de remédier aux effets de ces retards dans l'accès aux services de soins secondaires⁷². Ces visites répétées réduisent la capacité des prestataires de soins primaires à traiter d'autres patients ou à en accepter de nouveaux, ce qui impacte directement l'accès aux soins primaires pour les Canadiens (voir la Figure 2-4).

Il en résulte un long processus pouvant entraîner des retards de diagnostic pour les patients. Certaines études ont montré que les pays dotés de mécanismes stricts en matière de contrôle d'accès affichaient de moins bons résultats précisément en raison de ces conséquences⁷³. En plus d'alourdir la charge des soins primaires en augmentant le nombre de consultations, le contrôle d'accès peut éroder la confiance d'un patient dans son prestataire de soins primaires, notamment lorsqu'on le dissuade de consulter un spécialiste⁷⁴.

Les patients du système de santé canadien n'ont pas d'autre choix que de se soumettre à ce système de contrôle d'accès. Une fois qu'ils ont été orientés vers un spécialiste, ils n'ont souvent qu'un choix limité en ce qui concerne la sélection de celui-ci. Bien que les patients *puissent* discuter de leurs préférences avec leur prestataire de soins primaires, et que ces préférences *puissent* être prises en compte, dans la plupart des cas, la décision du

choix d'un spécialiste est prise par le prestataire de soins primaires et non par le patient⁷⁵.

À la différence du système canadien, les systèmes de santé allemand et néerlandais laissent aux patients un plus grand choix quant à la manière d'accéder aux soins spécialisés, ce qui a un effet direct sur l'accès aux soins primaires.

Les Pays-Bas et l'Allemagne

Bien que les Pays-Bas aient recours à un système de contrôle d'accès, il existe quelques différences notables qui le rendent plus souple que son homologue canadien. Les patients néerlandais peuvent s'adresser à leur prestataire de soins primaires, mais ils peuvent aussi choisir de contourner le contrôle d'accès. Le patient néerlandais est aussi généralement libre de choisir parmi une multitude de spécialistes une fois qu'il a été orienté⁷⁶.

Les patients du système de santé canadien n'ont pas d'autre choix que de se soumettre à ce système de contrôle d'accès.

Si le patient dispose de cette option dans le cadre de sa police d'assurance (généralement plus coûteuse), il peut choisir n'importe quel spécialiste⁷⁷. En comparaison, les personnes bénéficiant d'une couverture plus limitée (et moins chère) auront la possibilité de choisir un prestataire à partir d'une liste de spécialistes au sein de leur réseau d'assurance maladie⁷⁸. Ainsi, le système de contrôle d'accès des Pays-Bas offre aux patients une grande liberté de choix non seulement en matière d'assureur et de police d'assurance, de manière à élargir

70. *Ibid.*, p. e301.

71. Ieva Neimanis *et al.*, « Referral processes and wait times in primary care », *Canadian Family Physician*, août 2017, vol. 63, p. 621–622.

72. Emily G. Marshall, Laura Miller et Lauren R. Moritz, « Challenges and impacts from wait times for specialist care identified by primary care providers: Results from the MAAP study cross-sectional survey », *Healthcare Management Forum*, vol. 36, no 5, 2023, p. 341.

73. Peter Vedsted et Frede Olsen, « Are the serious problems in cancer survival partly rooted in gatekeeper principles? An ecologic study », *British Journal of General Practice*, vol. 61, no 589, août 2011, p. e508–e510; Poompong Sripan *et al.*, *op. cit.*, note 67, p. e294; e302.

74. Kevin Grumbach *et al.*, « Resolving the Gatekeeper Conundrum: What Patients Value in Primary Care and Referrals to Specialists », *JAMA*, 1999, vol. 282, n. 3; Poompong Sripan *et al.*, *op. cit.*, note 67, p. e301.

75. Cela est dû au fait que les médecins de famille au Canada orientent généralement leurs patients vers un spécialiste sur la base de leur réseau professionnel établi, plutôt que de prendre rendez-vous avec le prochain spécialiste disponible. Erin Keely et Clare Liddy, « Transforming the specialist referral and consultation process in Canada », *CMAJ*, avril 2019, vol. 191, no 15, p. e408; Barbara L. Conner-Spady *et al.*, « Patient Factors in Referral Choice for Total Joint Replacement Surgery », *Medical Care*, vol. 52, no 4, 2014, p. 300–301.

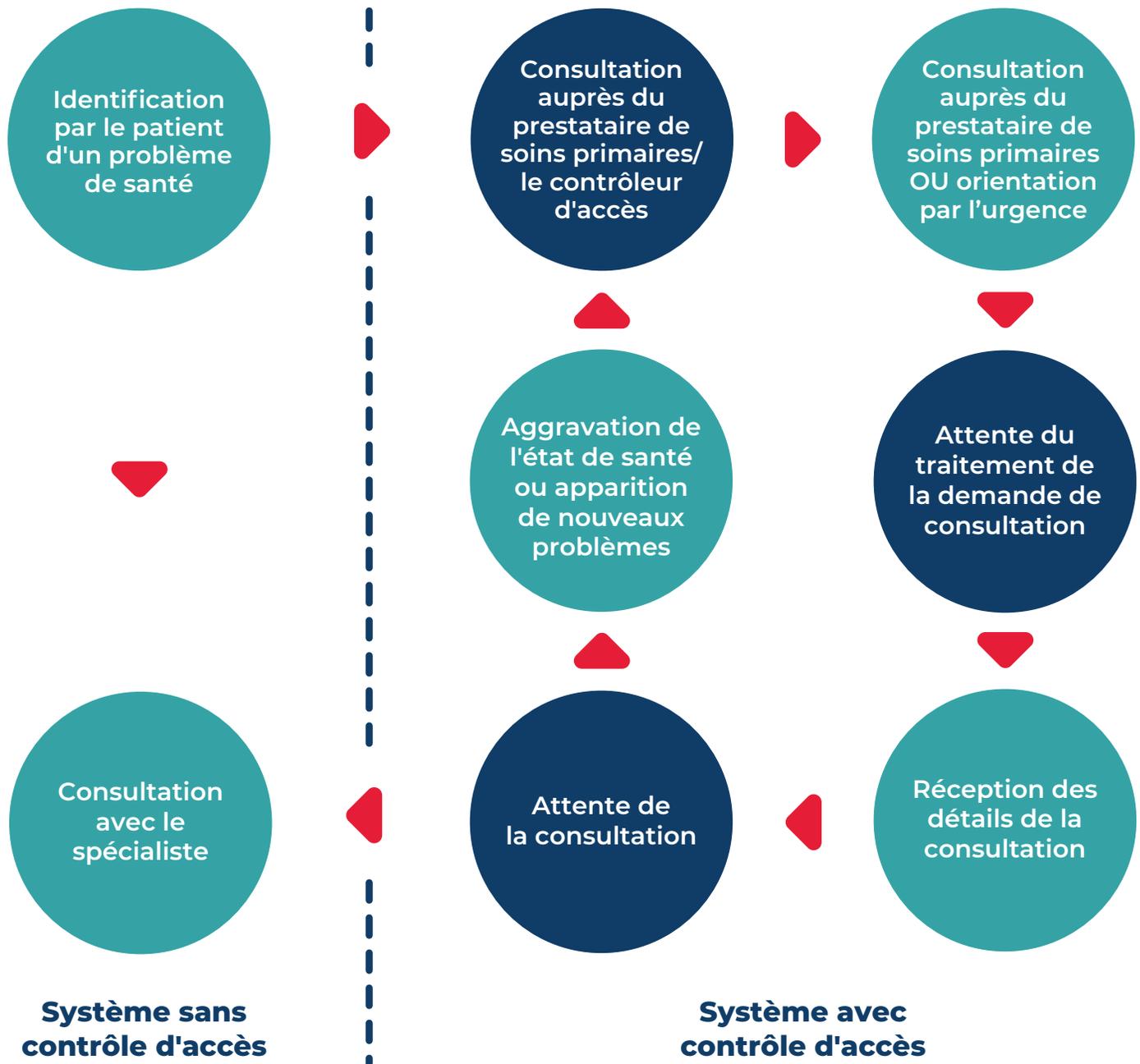
76. Patiëntenfederatie Nederland, Reference, consultée le 30 août 2024.

77. Ce type de police est appelé Restitutie polis ou police de restitution. Healthcare for Internationals Network, Types of Policies, consultée le 30 août 2024.

78. Ce type de police est appelé Natura polis ou police d'assurance en nature. *Idem.*

Figure 2-4

L'expérience des patients qui ont besoin de consulter un spécialiste au sein du système de santé canadien, caractérisé par la rigueur de son contrôle d'accès



leurs options, mais aussi en ce qui concerne les spécialistes⁷⁹.

Par ailleurs, si un patient néerlandais le souhaite, il peut demander à son assureur de consulter directement un spécialiste et, si l'assureur refuse de prendre en charge la consultation, il peut toujours payer la consultation de sa poche⁸⁰. Cela permet au patient de contourner le système de contrôle d'accès et de réduire la charge des prestataires de soins primaires en évitant des visites supplémentaires inutiles lorsque des soins spécialisés sont nécessaires, ce qui atténue le problème qui touche le système canadien. Le système de contrôle d'accès néerlandais permet donc aux patients de bénéficier d'une plus grande autonomie et d'un plus grand contrôle.

À la différence du système canadien, les systèmes de santé allemand et néerlandais laissent aux patients un plus grand choix quant à la manière d'accéder aux soins spécialisés.

L'Allemagne a poussé encore plus loin la liberté de choix du patient. Contrairement au Canada et aux Pays-Bas, le contrôle d'accès n'est pas imposé en Allemagne et les patients peuvent librement consulter un spécialiste sans obtenir au préalable une recommandation d'un prestataire de soins primaires⁸¹. Cela permet aux prestataires d'avoir plus de temps pour voir d'autres patients et à l'ensemble de la population d'avoir un meilleur accès aux soins primaires. En principe, aucune pression supplémentaire n'est exercée sur les prestataires de soins primaires, tels que les médecins généralistes, puisque les patients allemands peuvent consulter le spécialiste directement. Cela signifie

que les assureurs peuvent économiser sur la rémunération liée à la visite (souvent inutile) chez le médecin généraliste, et que les patients allemands reçoivent les soins appropriés sans les délais caractéristiques de la procédure canadienne d'orientation.

Les patients *peuvent choisir* de s'inscrire à des programmes de contrôle d'accès afin de bénéficier de certains avantages (souvent financiers, tels que des primes moins élevées). De telles options sont proposées dans le cadre des systèmes d'AML et d'AMP⁸². Ce qui importe, c'est que le patient soit libre de s'inscrire ou non à ces programmes, selon sa situation propre et ses besoins en matière de soins de santé.

2.3 Les médecins allemands et néerlandais bénéficient d'une plus grande flexibilité professionnelle et peuvent travailler à la fois dans les secteurs public et privé

Les systèmes universels de soins de santé de l'Allemagne et des Pays-Bas permettent la pratique mixte (ou double), ce qui signifie que les professionnels de la santé sont autorisés à exercer à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé (et à facturer à la fois les payeurs publics et les payeurs privés). La pratique mixte est importante, dans la mesure où elle permet une plus grande flexibilité pour les prestataires de soins primaires et un meilleur accès pour les patients.

La position du Canada visant à décourager fortement la pratique mixte est une exception au sein des pays les plus développés⁸³. Parmi les autres pays à revenu élevé dotés d'un système de santé universel, comme l'Allemagne et les Pays-Bas, ce type de réglementation est pratiquement inexistant⁸⁴. Bien que le Canada ne dispose pas d'une interdiction

79. Zorgwijzer, *Health Insurance Act (Zw)*, consultée le 30 août 2024.

80. Les personnes qui ont souscrit une police d'assurance en nature seront remboursées en totalité par leur assureur uniquement pour les soins fournis par un prestataire de soins de santé conventionné. Si la personne souhaite être traitée par un prestataire de soins non conventionné, elle n'est généralement remboursée qu'à hauteur de 75 % à 80 % des frais, voire moins. Amanda Bulthuis, « Difference between kind and refund », *Geld.nl*, 18 octobre 2023; Patiëntenfederatie Nederland, *op. cit.*, note 76; Jared Penner, « Doctors in the Netherlands », *Expatica for Internationals*, 9 août 2024.

81. Sarah M. Hofmann et Andrea M. Mühlenweg, « Gatekeeping in German Primary Health Care – Impacts on Coordination of Care, Quality Indicators and Ambulatory Costs », *CINCH Series*, 2016, p. 2.

82. Tim Boekemeier, « Primary doctor principle in private health insurance: definition & explanation », *PKV Welt*, 22 mars 2024; Reinhard Busse *et al.*, « Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition », *The Lancet*, vol. 17, 2017, p. 889; *Ibid.*, p. 5-7; Entretien personnel avec un économiste de la santé allemand, 14 août 2024.

83. Livio Garattini et Anna Padula, « Dual practice of hospital staff doctors: Hippocratic or hypocritic? », *The Royal Society of Medicine*, vol. 111, no 8, 2018, p. 265.

84. Kiwanuka SN *et al.*, Dual practice regulatory mechanisms in the health sector: A systematic review of approaches and implementation, EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London, mars 2011, p. 2-3.

Tableau 2-1

Pratique médicale mixte, provinces canadiennes, Allemagne et Pays-Bas	
	Autorise la pratique mixte?
Allemagne	
Pays-Bas	
Colombie-Britannique	
Alberta	
Saskatchewan	
Manitoba	
Ontario	
Québec	
Nouveau-Brunswick	
Nouvelle-Écosse	
Île-du-Prince-Édouard	
Terre-Neuve-et-Labrador	

Source : Maria Lily Shaw et Emmanuelle B. Faubert, « Les conditions gagnantes pour les mini-hôpitaux », IEDM, Cahier de recherche, juin 2023, p. 24

législative formelle au niveau fédéral (la *Loi canadienne sur la santé* n'interdit pas expressément la pratique mixte), la majorité des provinces la proscrivent. De telles interdictions existent en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan, en Ontario, au Québec et au Nouveau-Brunswick, tandis que les quatre autres provinces (Manitoba, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador) n'interdisent pas formellement la pratique (voir le Tableau 2-1)⁸⁵. La littérature sur la question montre qu'une interdiction absolue de la pratique mixte est « rarement optimale », puisqu'elle a pour effet de dissuader les professionnels

de la santé qualifiés de continuer à exercer leur profession dans le secteur public⁸⁶.

Au contraire, non seulement l'Allemagne et les Pays-Bas n'interdisent pas la pratique mixte, mais ils l'autorisent expressément, en permettant aux prestataires de soins d'opérer dans différents contextes et d'offrir leurs services à un éventail de patients assurés. En Allemagne, la plupart des médecins peuvent aussi bien travailler pour, et facturer, les assureurs de l'AML et de l'AMP⁸⁷. Les patients bénéficient ainsi d'une plus grande accessibilité et disponibilité des prestataires. Les prestataires de soins allemands jouissent également d'une plus grande autonomie professionnelle et

85. Colleen M. Flood et Tom Archibald, « The illegality of private health care in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 164, no 6, mars 2001, p. 828.

86. Paula González et Inés Macho-Stadler, « A Theoretical Approach to Dual Practice Regulations in the Health Sector », *Journal of Health Economics*, vol. 32, no 1, 2013, p. 25.

87. Miriam Blümel *et al.*, « Germany Health System Summary 2022 », *European Observatory on Health Systems and Policies*, 2022, p. 4.

d'un certain potentiel d'augmentation des revenus grâce à la flexibilité qu'offre la possibilité d'exercer au sein des deux systèmes.

Aux Pays-Bas, comme au Canada, la plupart des médecins généralistes sont des travailleurs indépendants qui gèrent leur propre cabinet⁸⁸. Cependant, les médecins généralistes néerlandais peuvent normalement facturer leurs services de soins primaires à tout assureur, quel qu'il soit⁸⁹. Pour les prestataires de soins de santé, cela signifie qu'ils ne dépendent pas d'un seul assureur pour l'ensemble de leurs revenus, comme ce serait le cas s'ils exerçaient au Canada (où les régimes publics d'assurance sont en position de monopsonne, légalement protégés de la concurrence). Cela leur permet de gérer plus efficacement la stabilité financière de leur cabinet, tout en préservant leur indépendance.

La position du Canada visant à décourager fortement la pratique mixte est une exception au sein des pays les plus développés.

Bien que les systèmes de soins primaires du Canada, de l'Allemagne et des Pays-Bas soient tous universels, il existe des différences majeures dans la manière dont ils sont financés et dispensés, comme nous l'avons montré dans ce chapitre. Par rapport au système canadien, ces deux pays européens offrent plus de choix aux patients et aux prestataires, plus de souplesse au niveau du système et une concurrence accrue. L'accès aux soins primaires s'en trouve amélioré. Sur la base de ces éléments, le chapitre 3 présentera des recommandations visant à améliorer l'accès aux soins primaires au Canada.

88. Certains médecins généralistes travaillent dans des cabinets de médecine de groupe ou des centres de santé (également considérés comme faisant partie du secteur privé) où ils peuvent être salariés. En 2021, 51 % des médecins généralistes aux Pays-Bas étaient des propriétaires de cabinets indépendants. Melanie Lefevre, Muriel Levy et Carine Van De Voordep, « General Practitioner Remuneration: Overview of Selected Countries with a Mixed System of Fee-for-Service and Lump-Sum Payments », Belgian Health Centre, 2023, p. 9.

89. Les soins primaires sont couverts par la couverture de base. Amsterdam University of the Arts, Student Affairs/Financial Matters, Dutch health care, consultée le 30 août 2024; Roosa Tikkanen *et al.*, *op cit.*, note 16.

CHAPITRE 3

Recommandations en matière de politiques publiques pour améliorer l'accès des Canadiens aux soins primaires

Le système de santé canadien en général, et plus particulièrement les soins primaires, fait face à des défis importants : les patients ont de la difficulté à accéder aux soins et les longs temps d'attente sont systémiques, tout comme les coûts qui ne cessent d'augmenter. Dans le chapitre 1, nous avons examiné en détail les disparités entre la situation des patients canadiens et celle des patients allemands et néerlandais. Dans le chapitre 2, nous nous sommes penchés sur les différences respectives de ces systèmes de santé qui contribuent à ces disparités. Dans le chapitre 3, nous nous appuyons sur nos analyses antérieures pour présenter trois propositions de réformes pouvant être mises en œuvre par les décideurs provinciaux en vue d'améliorer l'accès des Canadiens aux soins primaires. Ces réformes, bien qu'ambitieuses, portent sur l'administration et la prestation des services de santé, et leur mise en œuvre relève entièrement de la compétence des provinces⁹⁰.

Recommandation 1 – Permettre l'assurance privée duplicative

Comme nous l'avons expliqué au chapitre 2, la possibilité de choisir un assureur et un régime d'assurance en Allemagne et aux Pays-Bas ouvre la voie à des systèmes de santé davantage axés sur le patient, au sein desquels les patients choisissent

leur couverture en fonction de leurs propres besoins et préférences. Il en va tout autrement du système canadien à payeur unique : sa position de monopsonne fait obstacle à la concurrence, à l'innovation et au libre choix du patient.

Par conséquent, la souscription d'une assurance privée couvrant les soins de santé médicalement nécessaires (également appelés services de santé de base), ou les services fournis par le secteur public, devrait être autorisée dans l'ensemble du Canada⁹¹. Les provinces et les territoires sont habilités à déterminer ce qui est considéré comme un service médicalement nécessaire et ce qui relève du régime d'assurance publique⁹². C'est également à ce palier que la législation interdit l'offre d'une assurance privée duplicative (voir le Tableau 3-1).

La Loi canadienne sur la santé n'interdit ni ne réglemente de quelque manière que ce soit l'achat par des particuliers de services de santé ou la souscription d'une assurance maladie privée.

La *Loi canadienne sur la santé* n'interdit ni ne réglemente de quelque manière que ce soit l'achat par des particuliers de services de santé ou la souscription d'une assurance maladie privée⁹³. Elle cherche avant tout à garantir une couverture universelle pour les services hospitaliers et les soins médicalement nécessaires. Elle stipule également les critères imposés aux régimes d'assurance maladie provinciaux pour pouvoir bénéficier de l'intégralité des transferts fédéraux. Elle ne fait aucune mention de la couverture d'un service de

90. La *Loi canadienne sur la santé* définit les principes qui régissent le système canadien d'assurance maladie afin de garantir un accès aux services de santé médicalement nécessaires pour tous les Canadiens. La Loi précise les exigences que les provinces et les territoires doivent respecter s'ils veulent recevoir les fonds auxquels ils ont droit au titre du Transfert canadien en matière de santé. Bien que la Loi fournisse un cadre, il incombe aux provinces et aux territoires d'administrer et de fournir les services de soins de santé. Le non-respect de la *Loi canadienne sur la santé* peut entraîner des pénalités financières et des retenues sur le Transfert. Gouvernement du Canada, *Loi canadienne sur la santé*, 1985, dernière modification le 12 décembre 2017. La *Loi canadienne sur la santé* et son applicabilité dans ce contexte ont fait l'objet de nombreux travaux, que nous ne reproduisons donc pas ici. Voir Valentin Petkantchin, « Le financement de la santé par l'assurance-maladie privée », Note économique, IEDM novembre 2005; Maria Lily Shaw, « Lever l'interdiction touchant l'assurance maladie privée duplicative au Québec », IEDM, Note économique, janvier 2023; Maria Lily Shaw, *Real Solutions for What Ails Canada's Health Care Systems – Lessons from Sweden and the United Kingdom*, Cahier de recherche, IEDM, février 2022.

91. À ne pas confondre avec l'assurance complémentaire pour les services de santé non médicalement nécessaires, largement offerte dans le pays et qui, selon les prévisions, devait représenter environ 11,8 % de l'ensemble des dépenses de soins de santé au Canada en 2023. Institut canadien d'information sur la santé, *D'où proviennent les fonds pour nos soins?*, consultée le 15 octobre 2024.

92. La notion de « service médicalement nécessaire » varie d'une province à l'autre, mais, en général, les services médicalement nécessaires fournis par les médecins et dans les hôpitaux sont couverts comme le prévoit la *Loi canadienne sur la santé*.

93. Gerard W. Boychuk, « Grey Zones: Emerging Issues at the Boundaries of the *Canada Health Act* », C.D. Howe Institute, commentaire no 348, avril 2012, p. 3.

Tableau 3-1

L'assurance privée duplicative est limitée d'une manière ou d'une autre dans la plupart des provinces	
	Lois restrictives
Colombie-Britannique	<i>BC Medicare Protection Act</i>
Alberta	<i>Alberta Health Care Insurance Act</i>
Saskatchewan	<i>Saskatchewan Medical Care Insurance Act</i>
Manitoba	<i>Loi sur l'assurance-maladie</i>
Ontario	<i>Loi sur l'assurance-santé</i>
Québec	<i>Loi sur l'assurance maladie</i>
Île-du-Prince-Édouard	<i>Health Services Payment Act Regulations</i>

Note : Le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador ne sont pas représentés, dans la mesure où il n'existe pas de dispositions spécifiques interdisant l'assurance privée duplicative dans la *Loi sur le paiement des services médicaux* (N.-B.), la *Health Services and Insurances Act* (N.-É.) ou la *Medical Care and Hospital Insurance Act* (T.-N.-L.).

Sources : Gouvernement de la Colombie-Britannique, *Medicare Protection Act*, article 45 (1-2) – Private Insurers; Gouvernement de l'Alberta, *Alberta Health Care Insurance Act*, article 26 (2), p. 32-34; Gouvernement de la Saskatchewan, *The Saskatchewan Medical Care Insurance Act*, article 18 (3) – Deemed Payments; Gouvernement du Manitoba, *Loi sur l'assurance-maladie*, article 96 – Interdiction relative à certains contrats; Gouvernement de l'Ontario, *assurance-santé (Loi sur l')*, article 14 – Autre assurance interdite; Gouvernement du Québec, *Loi sur l'assurance-maladie*, article 15 – Contrats d'assurance et subrogation; Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard, *Health Services Payment Act Regulations*, article 37 (2) – Payment by Insurers.

santé par une assurance privée⁹⁴. Les provinces ont ainsi la liberté d'innover en matière de prestation et de financement des soins de santé.

Autoriser l'assurance privée duplicative au Canada permettrait d'introduire une certaine concurrence et une liberté de choix pour les patients, qui sont actuellement inexistantes.

À l'heure actuelle, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador sont les seules provinces dont la législation n'autorise ni n'interdit expressément la souscription d'une assurance privée duplicative⁹⁵. La Colombie-Britannique, la Saskatchewan et le Québec l'interdisent sous cer-

taines conditions⁹⁶, et l'Alberta, le Manitoba, l'Ontario et l'Île-du-Prince-Édouard l'interdisent explicitement et entièrement⁹⁶. La législation de ces provinces va au-delà de ce qui est exigé par la *Loi canadienne sur la santé* et, par conséquent, les partisans de la libéralisation du marché de l'assurance maladie pourraient faire tomber ces interdictions.

Les systèmes de santé de l'Allemagne et des Pays-Bas s'appuient sur un marché d'assureurs privés à

94. Gouvernement du Canada, *op. cit.*, note 90.

95. Il existe toutefois des considérations relatives à l'annulation de la couverture publique lorsqu'un paiement d'assurance privée est reçu au Nouveau-Brunswick. Colleen M. Flood et Tom Archibald, « The illegality of private health care in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 164, no 6, mars 2001, p. 826.

96. Ces conditions ne s'appliquent que si l'assureur est privé à but non lucratif (Sask.) et seulement pour les services fournis par des praticiens en dehors du système public (C.-B.). Voir Government of Saskatchewan, *The Saskatchewan Medical Care Insurance Act*, Section 18 (3) – Deemed Payments; Government of British Columbia, *Medicare Protection Act*, Section 45 (1-2) – Private Insurers. Au Québec, certains services médicaux sont autorisés depuis la décision rendue en 2005 par la Cour suprême du Canada dans l'affaire Chaoulli, en vertu de laquelle les Québécois ont été autorisés à souscrire une assurance privée duplicative pour le remplacement total de la hanche ou du genou ou l'extraction de la cataracte et l'implantation d'une lentille intraoculaire. La législation permet au gouvernement de déterminer et d'ajouter d'autres traitements médicaux spécialisés à cette exception. Pour la situation du Québec, voir Yanick Labrie, « L'arrêt Chaoulli et les réformes en santé : un rendez-vous manqué? », Point, IEDM, juin 2015; pour plus d'informations, voir Gouvernement du Québec, *Loi sur l'assurance maladie*, article 15 – Contrats d'assurance et subrogation; Cour suprême du Canada, *Chaoulli c. Québec (Procureur général)* [2005] 1 RCS 791, 9 juin 2005.

payeurs multiples, ce qui favorise la concurrence et les encourage à offrir de meilleurs services ainsi qu'une gamme d'options de couverture. Les patients bénéficient ainsi de la possibilité de choisir et de modifier leur régime d'assurance et leur prestataire de soins en fonction de leurs besoins spécifiques. Les prestataires de soins de santé bénéficient également d'une plus grande souplesse en matière de contrats, d'incitations à améliorer l'accès et la prestation des services, et de la possibilité d'augmenter leurs revenus. Autoriser l'assurance privée duplicative au Canada permettrait d'introduire une certaine concurrence et une liberté de choix pour les patients, qui sont actuellement inexistantes.

Recommandation 2 - Supprimer le contrôle de l'accès aux spécialistes

Comme nous l'avons évoqué précédemment, les pratiques de contrôle d'accès peuvent entraver l'accès aux soins primaires et retarder les traitements, et ce, même si elles ont pour objectif de rationaliser les soins de santé et de gérer les ressources. Les provinces canadiennes devraient donc assouplir leurs exigences en matière de contrôle d'accès et permettre aux patients de consulter un spécialiste sans passer par un médecin si tel est leur choix. Les données montrent que cela peut réduire la charge des prestataires de soins primaires, et ainsi améliorer l'accès aux soins primaires pour les Canadiens.

Les décideurs politiques peuvent s'inspirer de l'exemple du Harvard Vanguard Medical Associates (HVMA) qui illustre bien la manière dont la suppression du contrôle d'accès peut se traduire par des soins de santé davantage axés sur le patient, sans pour autant entraîner d'augmentation significative des dépenses. En 1998, le HVMA, un important groupe médical multidisciplinaire à but non lucratif aux États-Unis, assurait la prise en charge d'environ 190 000 patients par l'intermédiaire de quelque 170 médecins et pédiatres spécialisés dans les soins primaires⁹⁷.

97. Les patients étaient assurés par Harvard Pilgrim Health Care et regroupaient environ 140 000 adultes et 50 000 enfants. Les médecins étaient des internistes généraux qui intervenaient à titre de prestataires de soins primaires. Timothy G. Ferris *et al.*, « Leaving Gatekeeping Behind—Effects of Opening Access to Specialists for Adults in a Health Maintenance Organization », *The New England Journal of Medicine*, vol. 345, no 18, 1^{er} novembre 2001, p. 1313. Timothy G. Ferris *et al.*, « Effects of Removing Gatekeeping on Specialist Utilization by Children in a Health Maintenance Organization », *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 156, no 6, juin 2002, p. 574.

Le HVMA a décidé de renoncer à son système de contrôle d'accès après plus de 25 ans en raison des coûts engendrés tant pour les patients que pour les prestataires de soins de santé (en termes de temps et d'argent)⁹⁸.

L'expérience des patients s'en est trouvée améliorée, et leur niveau de satisfaction plus élevé, dans la mesure où ils ont pu contourner les démarches d'orientation, souvent fastidieuses, auprès de leur prestataire de soins primaires. Ils ont constaté que même si les patients pouvaient accéder aux spécialistes directement, sans être orientés par un prestataire de soins primaires, aucune augmentation significative du taux de visites chez les spécialistes n'a été observée⁹⁹. Le contrôle d'accès ne semble donc pas avoir pour effet de réduire le nombre de consultations auprès de spécialistes¹⁰⁰. D'autres études ont également montré que les patients dont le régime de soins de santé ne prévoit pas de contrôle d'accès sont plus satisfaits que ceux soumis à un tel contrôle¹⁰¹.

Les provinces canadiennes devraient assouplir leurs exigences en matière de contrôle d'accès et permettre aux patients de consulter un spécialiste sans passer par un médecin.

En tirant parti de l'expérience du HVMA et en assouplissant les exigences en matière de contrôle d'accès, il est possible d'améliorer l'accès aux soins primaires en temps opportun et la satisfaction des patients canadiens, tout en préservant les principaux atouts du système de santé universel du Canada, et ce sans nécessairement engendrer d'augmentation substantielle des coûts.

98. Massachusetts General Hospital, « HMO gatekeeping does not appear to cut specialty visits », *EurekaAlert*, AAAS, 31 octobre 2001.

99. *Idem.*; Timothy G. Ferris *et al.*, *op. cit.*, note 97, p.574. Timothy G. Ferris *et al.*, *op. cit.*, note 97, p. 1315.

100. Ces résultats ont leurs limites, comme le soulignent les auteurs eux-mêmes. L'application à d'autres systèmes ou modèles de soins doit être envisagée avec prudence.

101. Poompong Sripa *et al.*, « Impact of GP gatekeeping on quality of care, and health outcomes, use, and expenditure: a systematic review », *British Journal of General Practice*, mai 2019, p. e299.

L'assurance privée duplicative peut également mener à différents types de contrats d'assurance assortis d'un contrôle d'accès

Si notre première recommandation est adoptée, la suppression du système de contrôle d'accès pourrait être encouragée par l'émergence d'un marché de l'assurance privée duplicative. En fonction des préférences de l'assuré, la différenciation des régimes d'assurance pourrait être stimulée par la présence de plusieurs assureurs évoluant au sein d'un marché concurrentiel.

Certains segments de la population pourraient attacher de l'importance à l'accès direct aux spécialistes, ce qui inciterait les assureurs à proposer des régimes qui permettraient aux patients de contourner carrément les pratiques de contrôle d'accès. Les patients qui souhaitent bénéficier d'un accès direct aux spécialistes pourraient opter pour de telles formules, tandis que d'autres pourraient choisir de rester dans le système de contrôle d'accès, pour quelque raison que ce soit¹⁰². Par conséquent, si plusieurs assureurs offrent une couverture pour les soins médicalement nécessaires, y compris les soins primaires, cela pourrait favoriser le développement de régimes d'assurance permettant aux patients de contourner le système traditionnel de contrôle d'accès, comme c'est le cas en Allemagne et aux Pays-Bas.

Recommandation 3 - Autoriser la pratique mixte pour les travailleurs de la santé

Autoriser la pratique mixte pour les travailleurs de la santé offre une piste de solution prometteuse pour améliorer l'accès aux soins primaires des Canadiens. Comme nous l'avons vu au chapitre 2, l'expérience de l'Allemagne et des Pays-Bas montre que si l'on permet aux professionnels de la santé de partager leur temps entre le secteur public et le secteur privé, plutôt que de les contraindre à ne participer qu'à l'un des deux, cela permet une utilisation plus efficace des ressources limitées et des professionnels de la santé hautement qualifiés. Il s'agit là d'un aspect particulièrement important dans un contexte où les médecins en

soins primaires désertent le système public d'un bout à l'autre du Canada.

Au Québec, au cours de la dernière année seulement, 780 médecins, soit environ 4 %, ont renoncé entièrement à facturer le système public d'assurance¹⁰³. Parmi eux, environ deux tiers sont des médecins généralistes qui quittent le système public à un rythme plus rapide que jamais et bien plus tôt dans leur carrière¹⁰⁴. Ces médecins désertent le système public en raison d'un manque criant de ressources, du fardeau de la coûteuse paperasserie bureaucratique, des contraintes croissantes imposées à la pratique de la médecine familiale dans le secteur public, et des conditions de travail plus exigeantes et plus rigides du système public¹⁰⁵. En d'autres mots, c'est le système public qui les fait fuir.

Si l'on permet aux professionnels de la santé de partager leur temps entre le secteur public et le secteur privé, cela permet une utilisation plus efficace des ressources limitées.

Il s'agit là d'un enjeu important, dans la mesure où le nombre de médecins qui choisissent de quitter le système public a augmenté au cours des dernières années et a plus que doublé au cours de la dernière décennie¹⁰⁶. En autorisant la pratique mixte, ces médecins seraient libres de partager leur temps entre les deux systèmes, fournissant des soins médicaux nécessaires tant au public qu'au privé. Cela contribuerait à maintenir ces professionnels en activité dans le système public, ce qui augmenterait le volume total de services médicaux disponibles pour les patients. Ce phénomène n'est pas propre au Québec et cette

102. Cela pourrait permettre aux assureurs de proposer des primes plus basses pour les régimes soumis à des contrôles d'accès, alors que les primes seraient plus élevées pour les options offrant plus de flexibilité, comme c'est actuellement le cas dans des pays tels que l'Allemagne et les Pays-Bas. Voir notre discussion au chapitre 2.

103. Ce nombre comprend les médecins généralistes et les spécialistes. Aaron Derfel, « Quebec doctors are abandoning the public system in record numbers », *Montreal Gazette*, 21 juillet 2024; Aaron Derfel, « 780 doctors opted out of medicare in Quebec. Only 14 have in the rest of Canada », *Montreal Gazette*, 29 juillet 2024.

104. L'autre tiers sont des médecins spécialistes. Tu Thanh Ha et Yang Sun, « Why more Quebec family doctors are leaving the public health system », *The Globe and Mail*, 8 août 2023.

105. Stéphane Bordeleau, « Record number of Quebec doctors left public system in last year », *CBC News*, 24 juillet 2024; Aaron Derfel, *op. cit.*, note 103.

106. En 2012, 280 personnes ont choisi de ne pas participer, et en 2023, ce nombre s'élevait à 642. Aaron Derfel, *op. cit.*, note 103; Tu Thanh Ha, *op. cit.*, note 104.

recommandation s'applique à l'ensemble des provinces qui interdisent cette pratique.

La *Loi canadienne sur la santé* ne régit pas la prestation des services de santé et n'exige pas des médecins qu'ils exercent exclusivement à l'intérieur ou à l'extérieur du cadre des programmes provinciaux publics d'assurance maladie¹⁰⁷. Par conséquent, la pratique mixte ne contrevient pas à la Loi et les exigences en matière d'universalité et d'accessibilité continuent d'être respectées. La plupart des provinces canadiennes ont toutefois décidé de l'interdire au moyen de diverses lois et réglementations, lesquelles constituent les principaux obstacles à sa mise en œuvre.

La *Loi canadienne sur la santé* n'exige pas des médecins qu'ils exercent exclusivement à l'intérieur ou à l'extérieur du cadre des programmes provinciaux publics.

Par exemple, la loi albertaine sur l'assurance des soins de santé (*Health Care Insurance Act*) interdit aux médecins de recevoir des paiements à la fois de sources publiques et privées pour des services couverts par le régime public d'assurance maladie¹⁰⁸. La *Medicare Protection Act* de la Colombie-Britannique et la *Loi sur l'assurance maladie* du Québec obligent également les médecins à choisir de travailler entièrement dans le secteur public ou entièrement dans le secteur privé¹⁰⁹. Ce sont ces lois qui interdisent l'assurance privée duplicative et qui devraient être modifiées pour permettre une pratique mixte pour les médecins. La responsabilité en incombe donc aux provinces.

107. Gouvernement du Canada, *op. cit.*, note 90.

108. Gouvernement de l'Alberta, *Alberta Health Care Insurance Act*, Revised Statutes of Alberta 2000, Chapter A-20, articles 9 et 11, en vigueur en date du 21 juin 2024.

109. Gouvernement de la Colombie-Britannique, *Medicare Protection Act*, [RSBC 1996] chapitre 286, article 14 et 17-18, en vigueur en date du 8 octobre 2024; Gouvernement du Québec, Légis Québec, A-29 – *Lois sur l'assurance maladie*, article 22.



CONCLUSION

Les soins primaires constituent un élément important des soins de santé et un meilleur accès à ces soins se traduit par une amélioration générale de l'état de santé des patients. Or, le bon fonctionnement d'un système de santé primaire suppose avant tout qu'un patient puisse y avoir accès, et c'est précisément cet accès qui fait défaut aux Canadiens. Il en va autrement (ou dans une bien moindre mesure) dans d'autres pays de l'OCDE dotés d'un système de santé universel, notamment l'Allemagne et les Pays-Bas.

Le chapitre 1 a clairement montré que l'Allemagne et les Pays-Bas ont été en mesure de préserver une couverture universelle en matière de soins de santé et un accès aux soins primaires, tout en relevant les défis auxquels le système canadien est confronté, tels que les temps d'attente et l'allocation des ressources.

Comme nous l'avons vu au chapitre 2, cela s'explique par plusieurs différences entre les systèmes de santé du Canada, de l'Allemagne et des Pays-Bas. La première est le mode de financement des systèmes de santé, le système d'assurance maladie à payeur unique du Canada étant l'exception. La deuxième différence concerne le contrôle d'accès aux soins qui oblige les patients à consulter un prestataire de soins primaires pour avoir accès à un spécialiste, comme c'est le cas au Canada. Les soins primaires peuvent alors se retrouver surchargés de visites et de tâches administratives supplémentaires, et les patients peuvent subir les conséquences d'un diagnostic tardif (entre autres choses). La dernière différence porte sur la question de savoir si, et dans quelle mesure, les professionnels de la santé sont autorisés à travailler à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé (pratique mixte).

L'Allemagne et les Pays-Bas sont des exemples révélateurs pour les décideurs politiques canadiens qui envisagent des réformes en matière de soins de santé, puisqu'ils démontrent qu'il est possible de faire coexister plusieurs éléments différents au sein d'un système de santé public universel, voire de l'améliorer. C'est pourquoi nous avons présenté au chapitre 3 des recommandations pratiques qui

peuvent être appliquées aux soins de santé canadiens afin d'améliorer l'accès aux soins primaires. Ces recommandations sont les suivantes : 1) autoriser l'assurance privée duplicative pour les soins de santé médicalement nécessaires (y compris les soins primaires); 2) modifier le modèle strict de contrôle d'accès; et 3) autoriser la pratique mixte pour les travailleurs de la santé. Les changements proposés offrirait un plus grand choix aux patients, augmenteraient la flexibilité des prestataires de soins de santé et permettraient d'améliorer l'accès général aux services de soins primaires pour les Canadiens.

Le bon fonctionnement d'un système de santé primaires suppose avant tout qu'un patient puisse y avoir accès.

Bien qu'ils soient habilités à mettre en œuvre de telles réformes en vertu du cadre actuel de la *Loi canadienne sur la santé*, les décideurs politiques provinciaux n'ont toujours pas agi en ce sens. Cette inaction représente une occasion manquée d'améliorer la prestation des soins de santé et les résultats pour les patients. Alors que les temps d'attente continuent de s'allonger et que les problèmes d'accès persistent, il est impératif que les gouvernements provinciaux agissent pour mettre en œuvre une réforme significative des soins de santé, dans l'intérêt de tous les Canadiens.

À PROPOS DES AUTEURS



KRYSTLE WITTEVRONGEL

Krystle est directrice de la recherche à l'IEDM. Elle est titulaire d'une maîtrise en politiques publiques, d'une maîtrise en sciences et de deux diplômes de premier cycle de l'Université de Calgary, où elle a obtenu plusieurs bourses pour son travail exceptionnel aux cycles supérieurs. Reconnue pour ses solides compétences analytiques et son profond engagement en faveur de politiques publiques saines, Krystle est devenue chercheuse associée à l'IEDM en 2019 et a officiellement rejoint l'équipe en février 2021. Elle a travaillé auparavant à la School of Public Policy de Calgary, où elle s'est spécialisée dans la recherche en matière de politiques de santé et a publié nombre d'articles dans diverses revues universitaires spécialisées. Au fil de sa carrière, Krystle s'est imposée par son dévouement en tant que professionnelle des politiques publiques, mobilisant son expertise pour influencer l'élaboration et l'analyse de politiques significatives.



CONRAD EDER

Conrad est analyste en politiques publiques à l'IEDM. Il est titulaire d'un baccalauréat en économie de l'Université Laurentienne et d'un diplôme d'études supérieures en politique économique de l'Université Carleton. Sa passion est de faire comprendre l'impact des politiques gouvernementales sur la population canadienne et il est passé maître dans l'art d'expliquer des idées complexes au grand public. Avant de se joindre à l'équipe de l'IEDM en 2024, Conrad a travaillé comme analyste en politiques publiques et chercheur, se consacrant à la rédaction et à la présentation de dossiers relatifs à la santé et à la politique fiscale au Canada. Dans le cadre de son mandat au sein du Réseau canadien des survivants du cancer, ses recherches ont porté sur les conséquences négatives des politiques relatives à la COVID-19, lesquelles ont empêché les patients atteints de cancer d'avoir accès à des soins en temps opportun. En tant que stagiaire à l'Institut Fraser, il a corédigé des articles quantifiant le fardeau de la dette publique croissante sur les familles canadiennes et a publié un cahier de recherche évaluant la performance fiscale des premiers ministres des gouvernements provinciaux et territoriaux du Canada.



EMMANUELLE B. FAUBERT

Emmanuelle est économiste à l'IEDM. Elle détient une maîtrise en économie appliquée de HEC Montréal. Dans son mémoire, elle a évalué l'impact de la pollution de l'air sur la productivité des travailleurs de bureau. Elle a reçu une multitude de bourses d'études et de prix pour excellence académique tout au long de son parcours universitaire. Au cours de ses études et de son parcours professionnel, Emmanuelle a pu travailler sur des sujets de politiques publiques telles que l'impact de la subvention québécoise à l'achat de voitures électriques sur les consommateurs québécois, ou l'impact du régime québécois d'assurance parentale sur la décision des pères à prendre ou non un congé parental.



Institut économique de Montréal

910, rue Peel, bureau 600, Montréal (QC) H3C 2H8 - T 514.273.0969

150, 9^e Avenue SW, bureau 2010, Calgary (AB) T2P 3H9 - T 403.478.3488

170, avenue Laurier Ouest, bureau 712/714, Ottawa (ON) K1P 5V5

iedm.org

ISBN 978-2-925043-31-7