

28 janvier 2015

PROPOSITION DE COMMERCIALISATION DES SOINS DE SANTÉ DANS LE CADRE DES NÉGOCIATIONS SUR L'ACS – IMPACT SUR LA SANTÉ PUBLIQUE

L'impact du « Document de réflexion sur les services de soins de santé dans le cadre des négociations sur l'ACS » dépasse de loin celui du document d'Aaditya Mattoo et Randeep Rathindran (2006), sur lequel il repose. En fin de compte, seul le texte légal de l'ACS importera, et ce, quelles que soient les explications ou limites fixées par le document de référence. Ce bref mémorandum met en lumière les impacts potentiels de ce document de réflexion sur les systèmes de soins de santé nationaux.

Idéologie

La proposition présuppose que le modèle de soins de santé dominant passera d'un service social et public intégré à un système axé sur le marché, au sein duquel les citoyen(ne)s sont considéré(e)s comme des consommateurs/trices sur un marché de la santé mondialisé.

Cette idéologie repose sur deux éléments :

(i) les pays connaissent des pénuries de personnel et un manque d'investissements en capitaux dans leurs systèmes de soins de santé privés comme publics, ce qui se traduit par de longues listes d'attente. Pour combler ces retards, les citoyen(ne)s peuvent « consommer » des services de santé à l'étranger.

(ii) certains pays jouissent d'un avantage comparatif en matière de fourniture de soins de santé, et ce, non seulement grâce aux prix pratiqués et à leur efficacité, mais également grâce à des obstacles réglementaires et structurels moins importants.

Objectifs

L'Annexe proposée vise à favoriser la mobilité des patients vers d'autres pays en vue de bénéficier de services de soins de santé, tout en conservant leurs droits au remboursement des soins de santé. Le document sur lequel repose cette proposition se concentre sur les prestations des régimes d'assurance individuelle. Il semble par ailleurs s'intéresser principalement aux bénéficiaires en termes d'efficacité pour le secteur des assurances. Toutefois, il semble que la proposition sur l'ACS puisse couvrir tout type de remboursement impliquant des prestations individuelles en matière de santé, qu'elles soient privées ou publiques.

Points clés de la proposition

Ce concept, décrit de différentes façons par les termes « privatisation des soins de santé », « fourniture transfrontière de soins de santé », ou encore « tourisme médical », impliquerait :

- que les citoyen(ne)s achètent des services de soins de santé à l'étranger, à des fournisseurs accrédités ;
- un financement, du moins partiel, par la sécurité sociale, l'assurance privée ou toute autre source « originale » dans le pays d'origine ;

- que les pays d'accueil prennent en charge les soins de suivi ;
- que les États décident de l'étendue de la couverture pour leur pays.

La proposition évoque l'éventualité de conséquences néfastes, mais souligne qu'elles doivent être limitées.

Impacts sur les systèmes de santé des pays d'origine

Les personnes qui souhaitent être soignées à l'étranger conservent leurs droits au remboursement. Par conséquent :

- l'argent provient du système de santé national. Or, les faibles taux d'investissements sont précisément considérés comme l'une des raisons venant justifier les traitements effectués à l'étranger, ce qui créera un véritable cercle vicieux ;
- cela légitime une diminution des investissements dans le système de soins de santé, ainsi que dans la formation et le recrutement du personnel de santé ;
- l'argent payé par les contribuables pour les soins de santé et alloué aux patients individuels est transféré vers le système de santé privé d'un autre pays ;
- les pays qui n'allouent actuellement pas de fonds publics aux soins de santé par le biais des comptes individuels, mais qui sont soumis à cette Annexe, pourraient se voir contraints de faire évoluer leur système de financement des soins de santé en un système de comptes individuels ou de chèques ;
- l'assurance-santé privée, qui bénéficie généralement de déductions fiscales, est dépensée à l'étranger ;
- l'économie du pays d'origine perd les bénéfices dynamiques liés aux dépenses dans le domaine des soins de santé, qui profitent plutôt à l'économie du pays prestataire ;
- les infrastructures du pays d'origine devront résoudre les problèmes résultant des soins effectués à l'étranger et survenant après le retour du patient dans son pays, ce qui imposera des contraintes inattendues au système de soins de santé du pays d'origine, à moins que des dispositions spéciales supplémentaires en termes d'assurance ne soient appliquées ;
- les services à l'étranger seront fournis par des institutions accréditées selon une procédure de reconnaissance spécifique, mais le pays d'origine pourrait devoir mettre en place des mécanismes et des critères en matière d'accréditation et de contrôle permanent de la conformité ;
- une liste d'interventions – initialement limitée – pourrait s'étendre progressivement et constituer la partie visible de l'iceberg, avant une externalisation à l'étranger de parties considérables du système national de santé publique qui, à son tour, deviendrait dépendant des prestataires étrangers.

Impacts sur les systèmes de santé des pays d'accueil

Les pays « exportateurs de soins de santé » devront faire face à de nombreux défis, dont :

- le déplacement du personnel qualifié vers les services d'exportation de soins de santé, qui offrent généralement de meilleurs salaires et de meilleures infrastructures, affaiblissant ainsi

la base de la main-d'œuvre dans les établissements publics et renforçant les inégalités au sein du système de soins de santé ;

- l'éducation et la formation financées par le pays d'origine profitent aux utilisateurs étrangers des soins de santé, plutôt qu'aux citoyen(ne)s locaux/ales et aux contribuables ;
- tout « soin de suivi nécessaire » est à charge de l'établissement local, ou plus probablement du système public de soins de santé ; cette formulation est ambiguë et pourrait contraindre les pays d'accueil et leurs contribuables à assumer les coûts des traitements post-intervention en cas de complications nécessitant des installations spécialisées. Si ces installations n'existent pas dans le pays en question, ils pourraient devoir assumer les coûts liés à la prise en charge de ce traitement post-intervention dans un autre pays.

Impacts sur les patients

Le concept de traitement à l'étranger entend profiter aux patients eux-mêmes, en tant que consommateurs de soins de santé. Il convient cependant de mettre en lumière les conséquences négatives potentielles :

- éloignement de la famille et des personnes de soutien, en particulier en cas d'interventions traumatisantes ou lourdes, lors desquelles les patients sont affaiblis, ou en cas de séjours prolongés et de complications ;
- en cas de complications, les « consommateurs » étrangers deviendront tributaires des installations locales du pays d'accueil, qui offrent souvent une qualité inférieure ;
- l'accréditation des installations étrangères pourrait ne pas prendre en compte la langue, la religion, les connaissances et sensibilités culturelles, qui constituent des éléments essentiels en matière de soins de santé ;
- difficultés à assurer le suivi ou le traitement post-intervention lorsque des problèmes surviennent après le retour du patient dans son pays d'origine ;
- la responsabilité juridique peut être difficile à faire valoir lorsque les prestataires se trouvent à l'étranger, en particulier si les prestations de l'assurance-santé dans le pays d'origine sont limités ;
- les patients soignés dans leur pays d'origine pourraient assister à une détérioration des services de soins de santé, à cause d'un manque d'investissements, plutôt qu'à l'amélioration escomptée, en raison de la diminution des listes d'attente ;
- les patients pourraient se sentir forcés, de façon formelle ou informelle, de se faire soigner à l'étranger alors qu'ils préféreraient recevoir le traitement dans leur pays.

Contraintes en matière de réglementation gouvernementale

Cette proposition, qui revêt la forme d'un document de réflexion, fixerait ces règles au sein d'une Annexe. Rien n'indique que les signataires de l'ACS pourraient décider de se soustraire à cette Annexe.

La proposition de laisser les *détails* à l'appréciation de chaque pays laisse entendre que ce texte pourrait être contraignant pour toutes les parties, mais que ces dernières pourraient toutefois jouir d'une certaine flexibilité quant à sa mise en œuvre.

Les exceptions proposées sont décrites en termes « d'objectifs sociaux légitimes ». Une terminologie similaire, mais pas identique, est utilisée dans des disciplines liées à la réglementation intérieure des gouvernements. En vertu de cette approche, la portée de la réglementation serait limitée par ce que l'on considère comme des objectifs « légitimes »; qui viseraient à répondre à des besoins en termes de « qualité », de protection des consommateurs et de protection des données. Des objectifs sociaux, culturels et systémiques plus larges pourraient être exclus.

Une réglementation efficace vise à « faciliter la vie du patient », plutôt qu'à répondre à des besoins plus larges en matière de soins de santé ou à assurer la viabilité d'un service public de qualité.

L'autonomie des gouvernements en matière de réglementation se limite à l'organisation de leur système de prestations de santé, et non au concept plus large de politique relative aux soins de santé.

Si l'exception générale fixée par l'AGCS est transférée à l'ACS, aucune protection efficace des mesures en matière de santé publique ne sera assurée. Les multiples conditions préalables en vertu desquelles les réglementations gouvernementales doivent être « nécessaires » et ne doivent pas constituer « un moyen de discrimination arbitraire ou injustifiable » ni « une restriction déguisée au commerce » rendent cette exception extrêmement difficile à mettre en œuvre. Elle n'a, de fait, pratiquement jamais été invoquée avec succès comme moyen de défense au sein de l'OMC.

Ces impacts pourraient également être exacerbés par l'interaction entre l'Annexe et d'autres chapitres de l'ACS, tels que la libre circulation des données et l'absence manifeste de protection de la vie privée, qui apparaissent dans la proposition divulguée des États-Unis portant, entre autres, sur le commerce en ligne, les services transfrontières, les services financiers, la réglementation intérieure, la cohérence réglementaire et le déplacement temporaire du personnel, pour ne citer qu'eux.

Mise en œuvre

Les engagements concernant les services sur la fourniture transfrontière de services (communément appelés modes 1 et 2 dans le cadre de l'AGCS) pourraient lier une partie à l'ACS. Selon les clauses proposées de statu quo et à effet de cliquet, une fois qu'un gouvernement aura libéralisé ses politiques en matière de soins de santé, conformément aux dispositions prévues dans la proposition, il ne pourra plus se rétracter, en tout ou en partie.

Un engagement au titre de l'Annexe proposée serait donc contraignant, de façon pérenne, pour les gouvernements.

Les pays participant à l'ACS pourraient invoquer ces obligations à l'égard d'une autre partie, par le biais des mécanismes de règlement des différends entre États.

Par ailleurs, les investisseurs étrangers pourraient recourir au mécanisme de règlement des différends entre investisseurs et États dans le cas où les pays concernés auraient signé un traité bilatéral d'investissement ou contracté des obligations similaires en matière d'investissements. En règle générale, un investisseur étranger ne devrait pas bénéficier des protections prévues par ces accords. Toutefois, si une agence locale établie dans le pays d'origine peut prétendre qu'un changement de politique a eu un impact négatif sur sa rentabilité

ou a nui totalement à son activité, le gouvernement pourrait alors faire l'objet de poursuites à hauteur de millions de dollars. De telles poursuites pourraient également être engagées si de nouvelles réglementations limitant les services de soins de santé à l'étranger sont considérées comme discriminatoires ; par exemple, dans le cas où un gouvernement octroierait une préférence au système de santé local ou à des prestataires de soins de santé d'un pays spécifique (pour des raisons d'affinités religieuses ou culturelles, notamment).