

Comment réduire la place du privé dans le système de santé ?

Anne Plourde and Olivier Jacques

Number 818, Fall 2022

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/99673ac>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Centre justice et foi

ISSN

0034-3781 (print)

1929-3097 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Plourde, A. & Jacques, O. (2022). Comment réduire la place du privé dans le système de santé ? *Relations*, (818), 7–9.



Comment réduire la place du privé dans le système de santé ?

On oublie trop souvent que notre système de santé fait déjà une large place au privé. Tout un réseau de cliniques et de groupes de médecine de famille (GMF) privés, par exemple, assure une grande partie des soins de première ligne au Québec, même ceux couverts par le régime public. De plus, de nombreux soins ou médicaments sont facturés directement aux personnes ou à leurs assurances privées. Or, loin d'être plus efficace, cette présence du privé accroît le coût des soins tant pour le régime public que pour les usagers et les usagers. Quelles voies privilégier pour la réduire et accroître l'accessibilité aux soins ?

Et quelles forces s'y opposent ? Nos auteur.e.s invité.e.s en débattent au moment où le gouvernement caquiste a annoncé son intention de miser sur le privé dans sa réforme du système de santé.

1

La réduction de la place du privé en santé passe par une nationalisation de la première ligne de soins

Anne Plourde

L'auteure, chercheuse à l'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS), a publié *Le capitalisme c'est mauvais pour la santé : une histoire critique des CLSC et du système sociosanitaire québécois* (Écosociété, 2021)

Il est peu connu qu'au Québec les services médicaux de première ligne (la médecine de famille) sont en bonne partie entre les mains du secteur privé. En effet, bien que les médecins omnipraticiens soient rémunérés à même les fonds publics, ils et elles ne sont pas des salariés de l'État comme les autres travailleuses et travailleurs du réseau sociosanitaire. Une majorité de médecins de famille sont plutôt de petits entrepreneurs de la santé qui pratiquent dans des cliniques privées ou dans des groupes de médecine de famille (GMF), qui sont aussi, pour la plupart, des entreprises privées. De plus, sachant que 53 % des omnipraticiennes et des omnipraticiens ont choisi en 2021 de profiter des avantages fiscaux considérables permis par l'incorporation de leur pratique médicale au sein de sociétés par action ou en nom collectif, on peut véritablement parler de l'existence au Québec d'une « médecine inc. » de première ligne.

La « médecine inc. » n'a pas rempli ses promesses

Ce qu'il est convenu d'appeler la « première ligne » a une importance cruciale dans l'organisation des services de santé et des services sociaux. Censée être en mesure de répondre à la grande majorité des besoins, elle regroupe l'ensemble des services courants pouvant être dispensés dans des cliniques ou établissements de proximité : médecine de famille, vaccination, prises de sang, consultations psychosociales, services à domicile, services de prévention des maladies et de promotion de la santé, etc.

En cela, la première ligne représente la « porte d'entrée » de l'ensemble du réseau sociosanitaire. Elle doit permettre d'éviter la dégradation des problèmes de santé et des problèmes sociaux et de prévenir les hospitalisations, l'engorgement des urgences et le recours aux services spécialisés souvent plus coûteux. Or, au Québec, les cliniques médicales privées n'ont jamais été capables de remplir adéquatement cette fonction. C'est d'ailleurs en bonne partie en raison de cet échec que le gouvernement a créé, en 1971, les centres locaux de services communautaires (CLSC). Ce réseau de cliniques publiques visait à offrir la gamme complète des services médicaux, sanitaires, sociaux et communautaires courants.

Il s'agissait là d'une première tentative de nationaliser les services de première ligne au Québec, tentative à laquelle le corps médical s'est farouchement opposé. Refusant d'intégrer les CLSC et de perdre leur statut d'entrepreneur pour devenir des salariés de l'État, la plupart des omnipraticiens

et des omnipraticiennes ont réagi en développant un réseau de polycliniques privées parallèle à celui du système public.

C'est à partir de ces polycliniques que les GMF ont été créés en 2002. Depuis, ils ont largement remplacé les CLSC comme « modèle phare de l'organisation des soins et services de santé de première ligne au Québec¹ », consolidant la « médecine inc. », qui s'incarne, avec les GMF, dans de véritables entreprises médicales capitalistes.

Or, 20 ans après leur création, et malgré un soutien financier et organisationnel indéfectible de la part des gouvernements successifs, ce modèle privé d'organisation des services médicaux a, tout comme les petits cabinets médicaux traditionnels, fait la preuve de son incapacité à remplir les fonctions attendues d'une première ligne efficace. Alors que les GMF visaient à améliorer l'accès aux médecins de famille, désengorger les urgences et favoriser l'accès aux services psychosociaux, les données montrent clairement qu'ils ont échoué à atteindre ces trois objectifs².

Deux voies vers la nationalisation

Devant ces échecs répétés de la « médecine inc. », il est impératif de terminer le travail commencé lors de la création des CLSC, en 1971, et de rendre la première ligne médicale entièrement publique au Québec. Deux avenues doivent être empruntées pour y parvenir.

La première consiste à utiliser l'infrastructure des GMF, dont le développement a été en grande partie financé par des fonds publics, pour reconstruire un modèle d'établissement inspiré par celui des CLSC. Il s'agirait notamment de convertir les GMF en organisations sans but lucratif pleinement intégrées au réseau public et gérées de manière transparente et démocratique par des conseils d'administration élus, composés de personnes représentant l'ensemble de l'équipe multidisciplinaire ainsi que de citoyennes et de citoyens. Les médecins propriétaires des GMF qui refuseraient d'opérer cette conversion se verraient privés de toute forme de financement public, y compris en matière de rémunération.

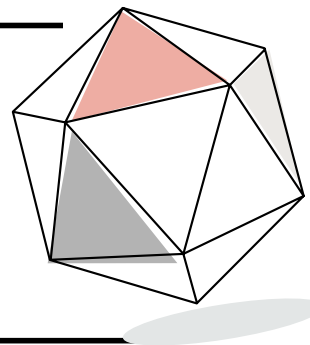
Ceci nous amène à la seconde avenue, complémentaire de la première : les médecins doivent être pleinement intégrés au système public et devenir des salariés de l'État comme les autres employés du réseau. Le développement de la « médecine inc. » est étroitement lié au mode de rémunération à l'acte, qui continue de prédominer largement au sein de la profession. Ce mode de rémunération est hérité du modèle traditionnel de la médecine libérale, dans lequel les médecins pratiquant en cabinets privés facturaient leurs patients et leurs patientes pour chaque service rendu. Depuis la création de la Régie de l'assurance maladie, les médecins vendent « à la pièce » leurs services à l'État, tout en préservant leur statut d'entrepreneurs indépendants.

Or, s'il favorise la « productivité » des médecins, ce mode de rémunération à l'acte pose des problèmes majeurs. En effet, il est une des causes des problèmes de surdiagnostic et de surtraitement, puisqu'il incite financièrement les médecins à multiplier les actes, y compris les actes inutiles, voire nuisibles. De plus, la rémunération à l'acte décourage la collaboration interprofessionnelle : avec ce modèle, les réunions d'équipe ne sont pas rentables et la prise en charge des problèmes de santé par d'autres catégories professionnelles représente des pertes potentielles de revenus pour les médecins. Enfin, le paiement à l'acte est aussi une des causes importantes de l'hypertrophie de la rémunération médicale, qui a atteint des niveaux stratosphériques au cours des dernières années.

Comme en 1971, ces réformes susciteront l'opposition des médecins. Les dernières décennies ont toutefois démontré qu'il est plus que temps d'abolir le modèle passéiste de la médecine privée à but lucratif. ■

2

Bien que souhaitable, une réduction de la place du privé en santé serait politiquement difficile à réaliser



Olivier Jacques

L'auteur est professeur adjoint au Département de gestion, d'évaluation et de politiques de santé de l'Université de Montréal

On réalise rarement à quel point le système de santé québécois laisse une large place au privé, tant pour son financement (notamment par les assurances privées) que pour la prestation de services. D'abord, en faisant la grève à des étapes cruciales du développement du système de santé du Canada, les médecins de toutes les provinces ont été en mesure de préserver une pratique largement privée, offerte dans des cliniques qu'ils contrôlent tout en étant payés à l'acte par le régime public, et ce, même à l'hôpital. Ces acteurs névralgiques sont donc des prestataires privés dans un système financé par le public, ce qui a un coût important pour le réseau public. En 2017, les salaires des médecins spécialistes canadiens étaient cinq fois plus élevés que le salaire moyen. Dans les pays de l'OCDE ayant un système de santé universel, seuls trois autres pays affichaient un écart plus élevé, soit l'Allemagne, la Belgique et le Luxembourg³.

Ensuite, seulement 70 % du total des coûts des soins de santé au Québec et au Canada sont financés par le système public, ce qui place le Canada dans le tiers des pays de l'OCDE où les soins sont le plus privatisés. En comparaison, dans les pays d'Europe de l'Ouest et du Nord, le réseau public finance près de 85 % des dépenses de santé. Pour les adultes canadiens en emploi, les soins dentaires, les soins optiques, les services en santé mentale, les soins à domicile pour les personnes en perte d'autonomie et même les médicaments sont largement financés par des assurances privées ou des frais facturés directement aux usagers. Or, le financement privé des soins est moins équitable et plus coûteux.

Le coût du privé

Contrairement aux assurances privées, le régime public donne un accès au même niveau de soins à toute la population, peu importe si elle cotise ou non au régime — via ses impôts, en l'occurrence. Basée sur notre système d'impôt progressif comme mode de financement, l'assurance publique entraîne une redistribution importante des ressources des personnes relativement jeunes, plus riches et en santé vers les personnes plus âgées, plus pauvres et moins en santé.

À l'opposé, les assurances privées font porter sur les individus le fardeau de leur état de santé qui, on le sait, est principalement déterminé par l'âge et les conditions socioéconomiques. Les personnes qui ont plus de risques de tomber malades paient parfois une prime d'assurance plus élevée, bien qu'elles soient généralement moins riches ou aient simplement accès à de moins bons soins.

Contrairement à la croyance populaire, ce type de financement est plus coûteux, parce que l'assurance privée augmente les coûts totaux (public et privés) des soins de santé⁴. D'abord, les frais administratifs sont plus élevés au privé. Ensuite, les assureurs privés n'ont pas la même capacité que le gouvernement de contrôler les coûts, puisque l'État peut légiférer ou profiter d'économies d'échelle pour imposer une baisse des prix des médicaments, des équipements médicaux et du personnel. Par exemple, la création d'une assurance-médicaments publique universelle permettrait de n'avoir qu'un seul acheteur pouvant négocier des médicaments moins chers⁵. De plus, le privé parvient rarement à réduire les coûts du réseau public, car il tend à s'occuper de cas plus simples en lui laissant les cas les plus complexes, tout en drainant les ressources humaines.

Des défis de nature politique

Alors que le gouvernement Legault a annoncé une réforme majeure du système de santé, il convient donc de questionner la part qu'y occupe le privé. Or, selon ce qui a été annoncé, l'intention du gouvernement est d'élargir la prestation privée en ayant davantage recours à des cliniques privées existantes. Encore une fois, les frais seraient remboursés par la Régie de

l'assurance maladie à des prestataires privés, sans modifier la part des soins de santé financée par le public.

Ce modèle misant sur la prestation privée de soins pourrait pourtant être remis en question. Cela demanderait toutefois de s'attaquer au mode de rémunération des médecins et de remettre la gestion des cliniques privées entre les mains du système public, entre autres. Une réforme aussi majeure rencontrerait toutefois plusieurs obstacles, notamment d'après et longues négociations avec le corps médical qui, on l'a vu par le passé, a su imposer ses volontés aux gouvernements quant au mode de rémunération. Force est de constater que les médecins sont capables de bloquer des réformes qui nuisent à leurs intérêts.

Du côté du financement, on pourrait envisager de créer une assurance-médicaments publique plus universelle que celle qui existe au Québec — qui demeure une assurance complémentaire à des régimes privés —, ou une assurance dentaire publique. Toutefois, c'est précisément parce que le privé est plus cher et moins redistributif qu'il est politiquement difficile de remplacer le financement privé par un financement public. Parce que le marché privé est profitable, les assureurs et les prestataires privés (comme les compagnies pharmaceutiques) vont nécessairement s'opposer à ces réformes et tenter de convaincre la population que le changement serait néfaste. Par ailleurs, la création d'un régime d'assurance public universel pour les soins dentaires ou les médicaments entraînerait nécessairement une hausse d'impôts, alors que plusieurs citoyennes et citoyens se satisfont de leur assurance privée.

À l'évidence, bien qu'elle réduise les coûts et soit plus égalitaire, une expansion du réseau public peut s'avérer tout aussi difficile à réaliser politiquement, sinon plus, qu'une expansion du réseau privé. ■

1 — Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille*, février 2022.

2 — Voir A. Plourde, *Bilan des groupes de médecine de famille après 20 ans d'existence : un modèle à revoir en profondeur*, IRIS, mai 2022.

3 — OCDE, « *Remuneration of doctors (general practitioners and specialists)* », *Health at a Glance 2019 : OECD Indicators* [en ligne].

4 — Francesca Colombo et Nicole Tapay, *Private health insurance in OECD countries : the benefits and costs for individuals and health systems*, *OECD Health Working Papers*, n° 15, 2004.

5 — Marc-André Gagnon et Guillaume Hébert, *Argumentaire économique pour un régime universel d'assurance-médicaments*, Centre canadien des politiques alternatives et Institut de recherche et d'informations socioéconomiques, 2010.