

Le privé dans la santé. Changements de rôles au Québec

Marie-Claude Prémont

Professeure titulaire, ENAP

Publication dans *Le Devoir*, 25 novembre 2009

Au moment d'instaurer un régime public de soins hospitaliers et médicaux, la première préoccupation des pouvoirs publics québécois lors de l'instauration était de maximiser la performance des investissements publics destinés à l'offre de soins à l'ensemble de la population en fonction des besoins.

On comptait alors sur trois axes. Le premier est celui du contrôle du financement public, en établissant des normes de fonctionnement, de financement et de rémunération à l'échelle de la province pour les hôpitaux et les soins médicaux. Le second axe limite le financement privé en prohibant certaines formes, tels le ticket modérateur et la surfacturation, mais aussi l'assurance privée «duplicative». Le troisième axe, enfin, réduit les risques de l'interfinancement entre les deux, sachant que la présence croisée des fonds publics et privés se traduit trop souvent par l'appropriation privée des bénéfices du financement public.

Les modifications législatives, réglementaires ou de politiques publiques, adoptées ou prônées au cours des dernières années, laissent entrevoir un changement des rôles respectifs du public et du privé sur ces trois fronts.

1. Mutation du financement public: Les hôpitaux, qui étaient presque tous des organismes privés caritatifs avant l'adoption de la *Loi sur l'assurance hospitalisation* en 1960, ont vite été dans une large mesure contrôlés par les pouvoirs publics qui financent en presque totalité leur fonctionnement. La décision du gouvernement du Québec de confier en PPP la conception, la construction, le financement, l'entretien et le maintien des actifs immobiliers des deux grands hôpitaux universitaires de Montréal que sont le CHUM et le CUSM, au coût estimé de près de 6 milliards \$, modifie de façon décisive les rôles respectifs du public et du privé quant au contrôle des coûts et de fonctionnement que seront ces deux grandes infrastructures hospitalières, par un transfert indéniable de pouvoir du public au privé.

L'autorisation accordée en 2007 à la profession médicale de fonctionner en société par actions doit s'analyser en conjonction avec l'introduction d'une nouvelle figure de prestation des soins médicaux que sont les Centres médicaux spécialisés [CMS], qui prendront leur essor en 2010. Ces nouvelles entités, sorte de petits hôpitaux privés, peuvent faire l'objet d'une propriété d'actions à 50% moins 1 par des investisseurs privés, le reste devant être détenu par des médecins. Une alliance entre les investisseurs privés et un médecin détenant des parts, même minoritaires, pourrait facilement modifier le contrôle et l'orientation du Centre vers un accroissement de la rentabilité des opérations, surtout si les pouvoirs publics cèdent aux pressions pour autoriser la mixité

public-privé de pratique. Limités à trois actes chirurgicaux lors de leur adoption en 2006, les CMS deviendront le seul lieu hors hôpital autorisé à pratiquer plus d'une cinquantaine de chirurgies à compter de l'an prochain.

Les CMS deviennent également le véhicule de sous-traitance des actes chirurgicaux ambulatoires, soumettant ainsi cette portion importante de la pratique médicale contemporaine aux impératifs des accords internationaux de libéralisation des échanges. Ce mouvement fragilise l'action publique face aux stratégies commerciales d'une poignée d'acteurs dans le jeu de l'attribution de contrats publics par appels d'offres, où l'on peut douter de l'efficacité des conditions essentielles d'une saine concurrence.

2. Croissance du financement privé : Pour la première fois depuis l'adoption du régime public en deux phases en 1960 et 1970, le Québec a rouvert la porte de l'assurance privée pour les soins médicaux et hospitaliers. Cette ouverture est pour l'instant limitée aux trois actes de la chirurgie de la hanche, du genou ou de la cataracte, mais les pressions se font fortes pour élargir l'assurance privée à l'ensemble des actes que pratiqueront les CMS, comme le recommande le rapport Castonguay de février 2008 sur le financement du système de santé.

Par la même occasion, ce rapport prône l'adoption d'un financement privé direct par le patient (dit «ticket orienteur»). Le rapport préconise également la modification du financement public des hôpitaux afin de le rendre compatible aux méthodes de calcul susceptibles d'alimenter la sous-traitance d'actes aux CMS.

3. L'interfinancement entre les fonds publics et privés : La présence simultanée de fonds publics et privés agit souvent comme une subvention publique à qui bénéficie de fonds privés, en contradiction avec l'objectif d'un accès aux soins selon le critère du besoin médical non biaisé par le statut socio-économique des patients. Cet interfinancement peut prendre différentes formes auxquelles il faut être attentif.

La pratique médicale mixte est l'une de ces formes les plus puissantes : c'est-à-dire permettre au médecin d'être rémunéré à la fois par des fonds publics et privés, ce qui permet au médecin de moduler et répartir sa pratique sur la base de ses propres avantages économiques. La législation québécoise maintient pour l'heure l'obligation du médecin d'exercer un choix entre le statut de médecin participant ou non participant, sans qu'il ne puisse tabler sur les deux pratiques, même si certaines exceptions s'appliquent. Cette règle n'a pas été étendue au groupe au sein duquel le médecin exerce le plus souvent sa profession, à l'exception du CMS qui ne peut cumuler au sein de la même société médecins participants et non participants, et pour lequel la réglementation prévoit également des exceptions. Le rapport Castonguay préconise l'abolition de cette règle, en avançant des arguments tendancieux disant s'appuyer sur l'intérêt public.

Depuis la controversée décision *Chaoulli* de 2005 de la Cour suprême du Canada, les pouvoirs politiques du Québec déforment graduellement le paradigme qui a prévalu à la naissance du régime public. La convergence de ces trois axes d'action imprime un changement de rôles visant à accorder au secteur privé à but lucratif des marchés de soins, en ouvrant les passerelles pour transférer au privé argent et ressources professionnelles du public.