



FICHE 4 – Avril 2022

Les rouages du secteur privé en santé

Guillaume Hébert
chercheur

Le gouvernement du Québec a annoncé son intention d’amorcer une « reconstruction » du système de santé et de services sociaux. Et pour cause : la pandémie de COVID-19 a révélé que le système de santé autoritaire et hypercentralisé ne répond pas aux attentes de la population, en plus d’exercer une pression insoutenable sur ses travailleuses et ses travailleurs. De plus en plus, le recours à un système parallèle privé est considéré comme une solution à ces problèmes. L’accès aux soins de santé s’en verrait-il bonifié pour les Québécois-es ?

En croissance depuis plusieurs décennies¹, le secteur privé ne devrait-il pas déjà avoir fait progresser le système de santé ? Cette fiche examine les principaux éléments de l’argumentaire favorable au privé en santé et montre que cette proposition ne peut pas améliorer la santé et les services sociaux au Québec.

Le financement privé

Compter sur le financement privé des soins de santé signifie de laisser les ménages payer directement pour leurs soins auprès d’entreprises privées ou de recourir à des assurances privées pour en financer l’accès. C’est un modèle semblable à celui utilisé actuellement pour les soins dentaires, les soins de la vue et les soins psychologiques. La plupart des spécialistes rejettent cette proposition, car les assurances privées excluent une grande partie de la population de l’accès aux soins.

Certain-e-s voudraient néanmoins que la population puisse recourir aux assurances privées pour couvrir des services déjà assurés par l’État. Cela permettrait aux personnes capables de se payer de telles assurances de couvrir les soins obtenus dans le secteur privé. Rappelons que de telles

Faits saillants

- Au Québec, la place croissante du secteur privé en santé depuis les années 1980 permet de tirer des conclusions quant à son incapacité à bonifier l’accès aux soins et aux services sociaux.
- Le recours accru au secteur privé risque de réduire l’efficacité globale des soins et des services de santé.
- Comme nous le montre le cas de la pratique mixte publique-privée en radiologie, le secteur privé détourne des ressources, ce qui réduit l’accessibilité aux services dans le secteur public.
- Le contrôle des coûts en santé et services sociaux est un enjeu déterminant pour la viabilité à long terme du système. Or, en santé, le secteur privé coûte plus cher.

¹ Voir la première fiche de cette série : Guillaume HÉBERT, *La progression du secteur privé en santé au Québec*, Institut de recherche et d’informations socioéconomiques (IRIS), 2 mars 2022.

assurances dites « duplicatives » sont interdites, c'est-à-dire que si un service est couvert par l'assurance publique, il ne peut être couvert par une assurance privée². Cette interdiction est aussi ce qui empêche un véritable marché de se développer pour les soins de base et une fuite des professionnel-le-s vers le privé de se produire puisqu'il serait trop cher pour la plupart des gens de payer les services directement de leur poche³.

Cette proposition de « médecine à deux vitesses » exclut donc les personnes moins nanties en plus de coûter globalement plus cher. Alors que les promoteurs du secteur privé prennent régulièrement pour cible les lourdeurs bureaucratiques du secteur public, les coûts administratifs de l'assurance privée sont quatre, cinq, voire dix fois plus élevés que ceux d'un régime public⁴. En effet, les compagnies d'assurances ne bénéficient pas des économies d'échelle que peut réaliser un régime public et universel.

De plus, les assureurs privés sont moins efficaces : une proportion bien plus élevée des sommes qu'ils récoltent en primes auprès des adhérent-e-s au régime d'assurance est destinée à des dépenses non médicales, c'est-à-dire les frais d'administration, les dépenses de marketing et le versement de dividendes aux actionnaires. En 2011, les adhérent-e-s aux régimes d'assurance privés au Canada ont versé 6,8 milliards de dollars de plus en primes que ce que coûtaient les services médicaux offerts (graphique 1).

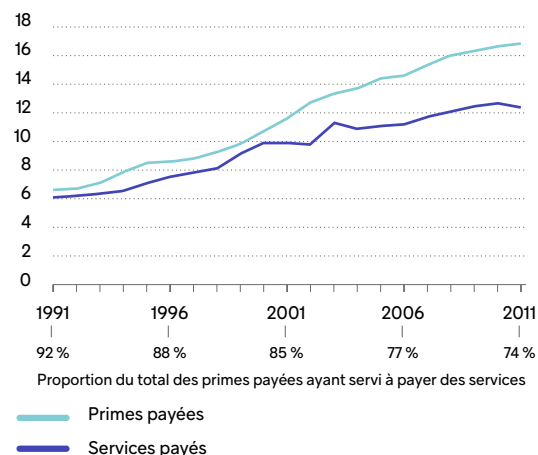
L'organisation des assurances médicaments au Québec offre un exemple limpide des conséquences d'un régime hybride public-privé. L'assurance privée enrôle majoritairement des adhérent-e-s au sein de la population active, et donc qui tendent à être plus jeunes et plus en santé. L'assurance publique couvre toutes les autres personnes, c'est-à-dire celles qui constitueraient un fardeau financier pour le régime assurantiel. La conséquence : le régime général québécois est extrêmement lucratif pour les assureurs privés et fortement déficitaire pour le régime public. Ce résultat n'a aucun lien avec l'efficacité intrinsèque de chacun : le système est construit de façon à générer des profits pour le privé et des pertes pour le public⁵.

La prestation privée

À l'heure actuelle, plutôt que le financement privé, les promoteurs du secteur privé réclament un accroissement de la prestation privée de service. En effet, ils souhaitent que davantage de services soient offerts dans des établissements privés même si le financement de ces services

GRAPHIQUE 1

Primes payées, services médicaux remboursés et proportion du total des primes ayant servi à payer des services, en milliards de dollars, Canada, 1991-2011



SOURCE : Michael R. Law, Jillian Kratzer et Irfan A. Dhalla, « The increasing inefficiency of private health insurance in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 186, n° 12, 2 septembre 2014.

- 2 À la suite de l'arrêt Chaoulli (2005) de la Cour suprême du Canada, le gouvernement québécois autorise désormais l'assurance duplicative pour certaines procédures médicales précises.
- 3 Pour que cette privatisation du financement soit réellement viable pour le secteur privé, il faut non seulement autoriser l'assurance privée, mais aussi rompre avec « l'étanchéité du secteur public ». Nous y reviendrons à la section 3.
- 4 Steffie WOOLHANDLER, Terry CAMPBELL et David U. HIMMELSTEIN, « Costs of Health Care Administration in the United States and Canada », *The New England Journal of Medicine*, n° 349, 21 août 2003, p. 768-775.
- 5 Marie-Claude PRÉMONT, « Le génie du régime d'assurance-médicaments du Québec, ou comment cacher un défaut fatidique sous un atout », Présentation à l'Association canadienne pour la recherche sur les services et les politiques de la santé, 30 mai 2012.

demeure public. L'apport d'un système privé parallèle contribuerait selon eux à désengorger le réseau public.

Quels seraient ces nouveaux apports ? Il ne s'agirait pas bien entendu de ressources humaines puisqu'il existe déjà une pénurie de personnel en santé et en services sociaux au Québec. Un réseau privé ne fabrique pas de clones : le personnel qui y travaille provient souvent du réseau public, ce qui aggrave la pénurie dans celui-ci. De plus, le secteur privé s'appuie largement sur le système public d'éducation pour la formation de son personnel. Par conséquent, le secteur privé n'apporte pas de nouvelles ressources humaines et il cannibalise le secteur public davantage qu'il ne le soulage.

L'apport du secteur privé prendrait donc la forme d'investisseurs privés qui financeraient le développement d'établissements privés. Bien entendu, ces investissements privés exigeraient l'extraction de bénéfices, c'est-à-dire que les opérations des installations privées devraient générer un rendement suffisamment intéressant. Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si les cliniques privées emblématiques que sont Rockland MD, Clinique Dix30 et Opmedic sont situées près de populations plus fortunées et non pas dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve à Montréal : ces cliniques privées ne cherchent pas des patient-e-s à soigner, elles cherchent d'abord et avant tout des occasions d'affaires lucratives.

L'impératif de rentabilité des services privés tend à s'opposer à l'accès et à la qualité des soins. C'est ce qu'on observe par exemple avec les groupes de médecine de famille (GMF), en grande majorité des établissements privés, qui ne remplissent toujours pas leur promesse d'améliorer l'accès aux médecins de famille⁶. L'histoire des GMF montre également que les investissements privés ne suffisent pas au développement d'un secteur privé suffisamment rentable au Québec et que les promoteurs du privé souhaitent avant tout que le financement public soit le principal carburant d'une industrie de prestation de services privés au Québec⁷.

L'étanchéité

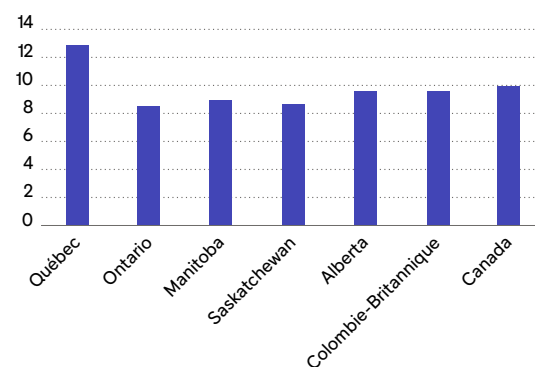
Outre l'interdiction des assurances privées duplicatives, un des freins actuels à la médecine privée au Québec est le principe d'étanchéité de la pratique médicale. En vertu de cette règle, un-e médecin ne peut pratiquer simultanément dans le réseau public et le secteur privé : il lui faut choisir l'un ou l'autre. L'objectif de cette règle est de s'assurer que toutes les ressources soient disponibles pour soigner la population et d'éviter qu'une partie de celles-ci soient détournées pour les seuls intérêts des plus nantis. En effet, la médecine privée est si dispendieuse que le marché demeure difficile pour un-e médecin qui choisirait de s'y consacrer exclusivement. Ainsi, comme la majorité des médecins ne peuvent se permettre de cesser de facturer l'État, ces professionnel-le-s demeurent pour la plupart à la disposition des services publics.

6 Anne PLOURDE, *Les GMF au Québec*, Note socioéconomique, IRIS, à paraître.

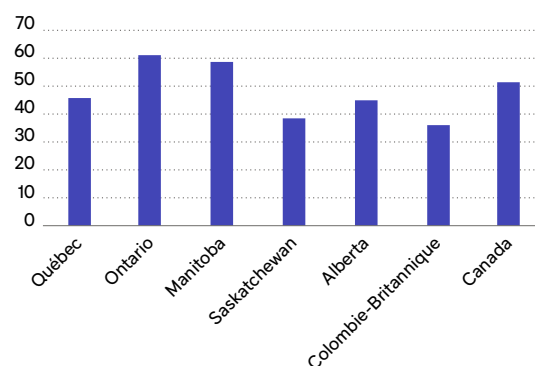
7 Anne PLOURDE, *CLSC ou GMF ? Comparaison des deux modèles et impact du transfert de ressources*, Note socioéconomique, IRIS, 18 mai 2017.

GRAPHIQUES 2 ET 3

Nombre d'appareils IRM par million d'habitant-e-s



Nombre d'exams IRM par 1000 habitant-e-s



SOURCE : Alison Sinclair et al., *Inventaire canadien d'imagerie médicale*, Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, Ottawa, mars 2018.

Selon les promoteurs du privé, la fin de l'étanchéité permettrait aux médecins de s'enrichir davantage en soignant plus de patient-e-s et favoriserait ainsi l'accroissement de l'offre de service et la réduction de l'attente. Or, il existe une illustration hautement révélatrice de ce qui pourrait se produire au Québec si l'on abolissait la règle de l'étanchéité de la pratique : le cas de l'imagerie médicale.

Depuis les années 1980, une exception à l'étanchéité du système permet aux médecins radiologistes de pratiquer à la fois dans le public et le privé. Cette approche a contribué à l'apparition d'une pénurie de main-d'œuvre dans le secteur public, car elle a facilité la migration des technologues vers le privé. Ce manque de personnel empêche les établissements publics de fonctionner à leur plein potentiel et de réduire les listes d'attente. En outre, les radiologistes se trouvent incité-e-s à ne pas réduire la durée de l'attente dans le public puisque cela leur permet d'offrir aux patient-e-s qui en ont les moyens de se procurer plus rapidement des services dans leurs cliniques privées. Résultat de cet arrangement inefficace : les installations privées ont permis au Québec d'avoir plus d'appareils d'imagerie médicale même s'il s'y réalise un nombre inférieur ou comparable d'examen par habitant-e que dans les autres provinces canadiennes. Les graphiques 2 et 3 montrent le cas des appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM). De plus, cela permet aux radiologistes d'être parmi les médecins les mieux rémunéré-e-s au Québec avec une moyenne de 875 293 \$ en 2018-2019⁸, sans compter les gains réalisés dans leurs cliniques privées.

Ce mélange de financement et de prestation privés montre les dérapages que peuvent provoquer les investisseurs privés dans un système de santé.

Le fantasme de l'entrepreneuriat

Au-delà du financement ou de la prestation de services, le secteur privé en santé offrirait selon ses partisan-e-s l'ingéniosité d'entrepreneur-e-s privé-e-s plus à même de trouver des solutions créatives aux problèmes du réseau. Selon ce point de vue, l'appât du gain donnerait à ces entrepreneur-e-s le pouvoir de régler les problèmes du système de santé.

Or, la créativité dont font preuve des travailleuses et des travailleurs dans les milieux communautaires et dans les organisations sans but lucratif montre que le rendement sous forme de profit n'est pas l'élément décisif au moment d'améliorer les services à la population. C'est bien davantage l'autonomie des milieux de travail vis-à-vis la technocratie ou les patron-ne-s qui favorise cette créativité, que ces organisations locales soient publiques ou privées.

Au Québec, le modèle public des Centres locaux de services communautaires (CLSC), considéré à l'international comme

un des plus innovants dans le monde occidental, a été détourné par les forces sociales conservatrices (médecins et milieux d'affaires) qui préféraient un modèle privé de prestation de services (polycliniques et GMF).

À l'inverse, l'intervention d'entrepreneur-e-s avides d'extraire des profits à même le réseau de la santé et des services sociaux s'est avérée négative dans plusieurs cas. Ainsi, certaines agences de personnel ont flairé une bonne affaire durant la pandémie⁹. Elles ont débauché des travailleuses et des travailleurs du réseau public avant de lui revendre leurs services à des tarifs très élevés et en empochant au passage des profits importants. Les laboratoires qui réalisent des prélèvements et des analyses ont un modèle d'affaire similaire et profitent eux aussi du manque de ressources dans le secteur public¹⁰.

Le privé : la solution ou le problème ?

Cette fiche rappelle de quelle manière le financement et la prestation privés en santé nuisent au système de santé et de services sociaux. Parmi les effets pervers des différentes formes de privatisation figurent l'accessibilité réduite, l'inefficacité et des coûts plus élevés. À l'heure où certain-e-s proposent d'accroître la place du secteur privé pour corriger les problèmes du système de santé, le gouvernement doit se garder d'emprunter cette avenue et plutôt amorcer le refinancement et la décentralisation du réseau public réclamés par plusieurs depuis des décennies.

Précisons enfin que le développement accru d'une industrie en santé risque de renforcer les acteurs économiques et politiques favorables au privé dans les débats sur la santé et les services sociaux au Québec. Comme on l'observe aux États-Unis ou au Canada avec les assureurs privés et l'industrie pharmaceutique (qui détiennent des intérêts importants dans l'assurance médicaments, notamment), le développement d'un secteur privé se traduit aussi par l'intensification du lobbying en faveur d'intérêts privés. Or, comme on a pu le constater dans cette fiche, ces intérêts sont largement incompatibles avec l'intérêt collectif.

9 Philippe TEISCEIRA-LESSARD et Caroline TOUZIN, « Une manne pour des agences aux pratiques douteuses », *La Presse*, 1^{er} octobre 2020.

10 Voir la deuxième fiche de cette série : Myriam LAVOIE-MOORE, *Les laboratoires d'analyse médicale*, IRIS, 3 mars 2022.

8 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *L'étude des crédits 2020-2021 : Régie de l'assurance-maladie du Québec*, Commission de la santé et des services sociaux, Assemblée nationale.