



# La route du Québec post *Chaoulli* *Impacts pour les médecins*

---

**Marie-Claude Prémont, ENAP**  
***Pour qui travailleront les médecins?***

Colloque MQRP  
Médecins québécois pour le régime public  
Hôpital Notre-Dame, Montréal  
14 mai 2009



## Objet de la demande de Chaoulli

---

- Levée de la prohibition de l'assurance privée duplicative
- Exclusivement pour les médecins non participants



# Réponse de la Cour suprême

- Oui, mais seulement:





---


- Si les délais d'attente sont déraisonnables
- Si on maintient l'étanchéité entre la pratique à financement public et la pratique à financement privé

# Réaction du Québec (projet de loi 33 et règlements)

## Quatre mécanismes

---

-  Centres médicaux spécialisés (CMS) à investisseurs privés
-  Large potentiel des actes spécialisés en CMS
-  Ouverture de l'assurance privée duplicative, avec potentiel de croissance
-  Garantie d'accès: qui s'appuie sur un transfert de patients et \$ aux CMS.









Plus d'autres demandes en  
provenance de:

---

- Fédérations médicales
- Rapport Castonguay
- Libéralisation des marchés publics

# Six importants changements structureaux en place ou réclamés

---

-  Pratique médicale en société par actions
-  Centres médicaux spécialisés ou laboratoires d'imagerie médicale à investisseurs privés
-  Assurance privée duplicative
-  Pratique médicale mixte
-  Sous-traitance et appels d'offres publics
-  Financement à l'activité



# 1. Pratique médicale en société par actions

---

Le Québec est la dernière province à l'autoriser (entrée en vigueur en mars 2007)

Réclamée pour son avantage fiscal (taux d'imposition réduit et déduction pour petite entreprise), elle est susceptible de se traduire en opportunité d'affaires pour investisseurs.

Les revenus générés par les médecins peuvent alors alimenter un retour sur l'investissement des actionnaires



# 1. Pratique médicale en société par actions (suite)

---

Règle générale: les médecins doivent détenir la totalité des actions votantes et des sièges au conseil d'administration

Règle particulière pour les CMS: Potentiel de 50% moins 1 pour les investisseurs privés autres que médecins.



## 2. Centres médicaux spécialisés ou laboratoires d'imagerie médicale à investisseurs privés

---

Dénomination différente selon les provinces ou pays:

- **Centre médical spécialisé** (au Québec)
- Health Facilities (en Nouvelle-Écosse)
- Surgical Facilities (en Alberta)
- Independent Health Facilities (en Ontario)
  
- Independent Sector Treatment Centres au R-U



### 3. Assurance privée duplicative

---

Affaire *Chaoulli* et la Cour suprême du Canada

- Le Québec a autorisé l'assurance privée duplicative pour hanches, genoux, cataractes (projet de loi 33, adopté en 2006)
- Potentiel de croissance de cette liste par règlement gouvernemental



## 3. Assurance privée duplicative (suite)

---

- L'assurance privée duplicative vise à nourrir la croissance du marché de la prestation privée
- Avant d'offrir l'assurance privée duplicative, un réseau de CMS de médecins non participants doit d'abord se mettre en place, la pratique médicale mixte doit être autorisée, et la sous-traitance aux CMS favorisée



## 4. Pratique médicale mixte

---

- Réclamée par le rapport Castonguay
- Soutenue par projet de loi 194, (re)déposé par l'ADQ le 29 avril 2009

Projet de loi 33 du Québec a plutôt étendu la prohibition, qui ne valait que pour un même médecin. Elle tient maintenant pour un même CMS



## 5. Appels d'offres publics

---

Maintenant obligatoires pour le réseau sociosanitaire, sur la base des Accords de libéralisation des marchés publics; à l'exception des contrats avec les CMS, exemptés de la *Loi sur les contrats des organismes publics*



## 6. Formule de financement à l'activité

---

Permet d'opérationnaliser la logique des marchés internes en mettant en compétition les différents fournisseurs



# Rapport Castonguay (1)

---

- Les Agences deviennent les acheteurs de services auprès des fournisseurs publics et privés
- Les hôpitaux, CMS et laboratoires d'imagerie médicale sont en compétition dans ces marchés
- La gestion des hôpitaux et CHSLD est confiée à des entreprises privées



## Rapport Castonguay (2)

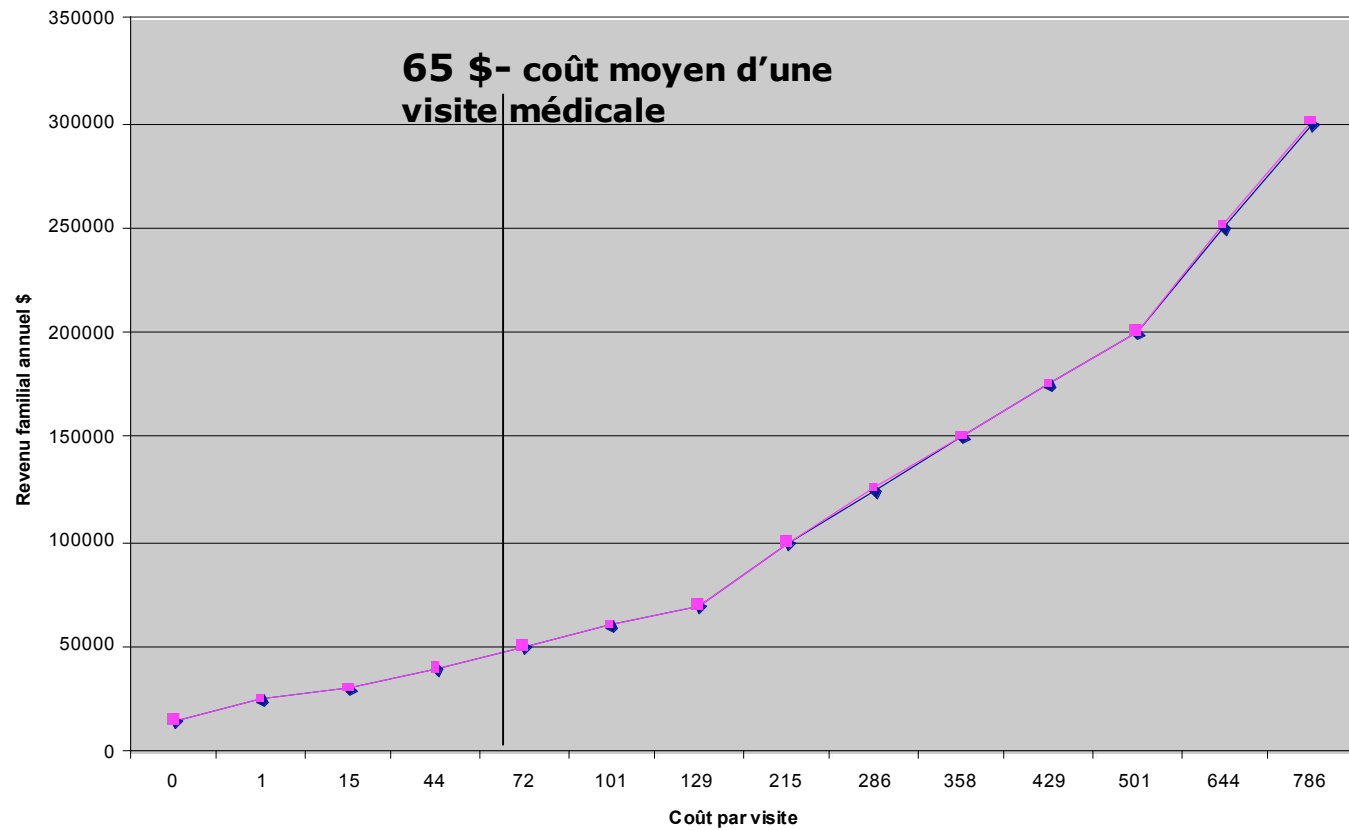
---

- Accorder une grande autonomie aux Agences et hôpitaux pour les contrats de sous-traitance de services médicaux
- Les budgets des hôpitaux sont remplacés par la formule du financement à l'activité
- Réviser et couper dans le panier de services
- Ticket orienteur

# Exemple du ticket orienteur / franchise

(Tiré du tableau 18 du rapport)

Équivalent du coût par visite





## Orientations du Rapport Castonguay sur le financement du système de santé

---

Favoriser l'introduction et  
la croissance des  
marchés privés par le  
financement et la  
prestation à investisseurs  
privés



# Tous ces changements sont sous le contrôle du Québec

---





*(À l'exception du ticket orienteur du  
rapport Castonguay)*

La *Loi canadienne sur la santé* ne  
contraint pas ces modifications, qui  
peuvent favoriser la privatisation des  
soins de santé



# Impact potentiel sur la pratique médicale

---

-  Autonomie professionnelle
-  Disparités de rémunération pour les mêmes actes
-  Lourdeurs administratives accrues
-  Responsabilité professionnelle



# 1. Autonomie professionnelle

---

Pratique en société par actions: pression systémique des investisseurs privés

Statut du médecin: deviendra-t-il l'associé, l'employé d'une société à but lucratif? Pressions autres que le besoin médical du patient

Assurance privée duplicative: influence de l'assureur ou de la disponibilité ou non d'assurance privée du patient sur les décisions du médecin quant au traitement ou prise en charge



## 2. Disparités de financement pour les mêmes actes

---

- Disparités à travers les territoires et le temps
- Contrats avec CMS conclus à la pièce et non pas négociés centralement par le MSSS
- Perte de pouvoir de négociation des fédérations médicales



### 3. Lourdeurs administratives accrues

---

- Processus d'adjudication et de gestion des contrats
- Gestion d'employés, de locaux et d'équipements
- Rapports administratifs avec l'assureur privé du patient
- Processus d'agrément



## 4. Responsabilité professionnelle

---

- Responsabilité en tant qu'employeur du comportement des autres professionnels du CMS
- Responsabilité en tant que praticien dans un milieu privé à but lucratif



# Orientations récentes du ministre Yves Bolduc

---

1. Rejet de la proposition de sous-contracter l'ophtalmologie du CHUM
2. Projet de loi 34




# Ophtalmologie du CHUM

---

Rejet de CMS associé sur la base de critères inscrits dans la loi:

- N'améliore pas l'accès aux soins
- Les coûts ne sont pas favorables



# Projet de loi 34: présenté le 24 mars 2009

---

- Réduit la liste des chirurgies pratiquées en CMS
- Pouvoir réglementaire des actes autorisés passe du ministre au gouvernement
- L'autorisation de la pratique médicale mixte en CMS serait réduite par rapport aux propositions précédentes



## Projet de loi 34

---

- La structure corporative des CMS sera mieux encadrée afin réduire les possibilités d'intégration horizontale et verticale
- Les CMS de médecins non participants seront responsables de tout l'épisode de soins (pré et post)
- Les CMS de médecins non participants seront limités à cinq lits



# Conclusion

## La pratique médicale en cause

---

- Les changements adoptés et proposés affectent directement la pratique médicale
- Les intérêts d'une frange du corps médical pourraient s'opposer aux intérêts de la très grande majorité
- Les médecins doivent participer et alimenter les débats, en leur nom et au nom de leurs patients