



TROUSSE D'INFORMATION PRIVATISATION



TABLE DES MATIÈRES

FICHE 1 : GESTION ET ADMINISTRATION	4
Nouvelle gestion publique	4
Gestion axée sur la performance	4
Méthode LEAN	5
Méthodes de financement conduisant à la privatisation, Financement axé sur le patient (FAP)/ financement à l'activité (FAA) et autres	5
Partenariat public-privé (PPP)	6
FICHE 2 : LE FINANCEMENT PRIVÉ	7
Assurances privées	7
Fondations hospitalières	7
Stationnements	8
Dons philanthropiques	8
Tarification	8
FICHE 3 : LA PRESTATION DE SERVICES : SOUS-TRAITANCE	10
Médecin	10
Main-d'œuvre indépendante (MOI)	11
Soins à domicile privés	11
Chèque emploi-service (CES)	11
Entreprise d'économie sociale (EÉS)	12
FICHE 4 : LA PROPRIÉTÉ	13
Clinique médicale spécialisée (CMS)	13
Clinique de professionnel-le-s	13
Groupe de médecine familiale (GMF)	14
CHSLD privé conventionné et non-conventionné	14
Résidence pour aîné-e-s (RPA)	15
Coopérative de santé	15
NOTES DE BAS DE PAGE	16



La privatisation de la santé et des services sociaux n'est pas un phénomène nouveau. Entre 1975 et 2019, la part du privé dans les dépenses de santé est passée de 18 % à environ 30 %. Rien de surprenant alors dans le fait que, depuis la moitié des années 1970, plusieurs formes de privatisation aient affecté le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Mais qu'est-ce que la privatisation en santé? Quelle forme peut-elle prendre? En voici une définition brève : phénomène de déplacement de la responsabilité du public vers le privé dans diverses activités de l'État dont celles du secteur de la santé¹.

Pour nous aider à saisir ce dont il est question, ces différentes activités peuvent être classées comme suit : 1) la gestion et l'administration, 2) le financement, 3) la prestation de services avec la sous-traitance et 4) la propriété. C'est à partir de cette catégorisation que nous avons créé cette trousse d'information destinée à faciliter votre compréhension de la privatisation dans vos établissements. Elle a pour but de vous informer afin que vous puissiez reconnaître et identifier des exemples concrets de privatisation dans le réseau de la santé et des services sociaux.



FICHE 1 : GESTION ET ADMINISTRATION

La gestion et l'administration des services peuvent être privatisées, et ce, bien que la prestation de ceux-ci demeure publique. Dans ce cas de figure certaines tâches sont déléguées à des firmes de consultant·e-s ou le service public importe des méthodes de gestion développées dans le secteur privé. Bien entendu l'une ou l'autre de ces options facilite, à terme, l'implantation des autres facettes de la privatisation, qui feront l'objet des fiches 2, 3 et 4.

NOUVELLE GESTION PUBLIQUE

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est le théâtre de luttes de pouvoir entre plusieurs visions politiques du RSSS. Au fil des années, la tendance sociale d'une vision de la santé et des services sociaux qui a permis d'allier sanitaire et social avec la création des CLSC fait place à une perspective d'utilisateur·e-payeur·e de la santé et à l'instauration de la nouvelle gestion publique (NGP). Cette dernière est inspirée par les chaînes de montage et de production de l'industrie privée, prétendant que les techniques de gestion sont plus modernes, efficaces et économes au cours des dernières décennies et que le secteur public devrait s'en inspirer pour réduire ses coûts de fonctionnement. Une gestion axée sur les résultats quantitatifs plutôt que sur le respect des règles et procédures et l'adoption de mécanismes de type marché (compétition des acteur·rice·s, atteinte de résultats chiffrés au niveau du financement ou de la promotion des gestionnaires). L'expression «mécanismes de type marché» (MTM) renvoie à l'ensemble des arrangements comprenant au moins une caractéristique importante des situations de marché, que ce soit la concurrence, l'utilisation des prix, la dispersion des décideur·e·s, l'emploi d'incitations pécuniaires, etc². La NGP regroupe également des méthodes de financement axées sur des indicateurs numériques qui viennent quantifier et établir les résultats à atteindre selon les objectifs donnés.

GESTION AXÉE SUR LA PERFORMANCE

La NGP implique un relâchement de certaines règles au profit d'un mode de gestion qui donne plus de pouvoirs et de responsabilités aux gestionnaires. Sans faire fi des règles et procédures qui restent largement en place, elle instaure l'atteinte de résultats quantitatifs comme nouvel étalon de mesure de la réussite d'une intervention ciblée. Selon le Secrétariat du Conseil du trésor³, la gestion axée sur la performance (ou les résultats) est une approche qui prend en considération les attentes exprimées par les citoyen·ne·s en fonction des ressources disponibles et qui vise l'atteinte de résultats en fonction d'objectifs préalablement établis par les gestionnaires. Ceci pousse les organisations à développer des méthodes de comparaison de la performance entre les établissements pour établir les objectifs de rendement à atteindre⁴. Ces dernières peuvent prendre plusieurs formes, dont celle du LEAN.

MÉTHODE LEAN

En théorie, cette méthode est un processus d'amélioration continue des pratiques qui repose sur la participation et l'engagement des employé-e-s sur le terrain, qui cherchent à constamment faire plus et mieux avec moins. Dans la réalité, les applications du LEAN n'ont pas pris en considération la participation des employé-e-s. Dans le cas de la firme Proaction par exemple, on se contentait de chronométrer les actes et d'instaurer les temps les plus courts comme nouvelle norme. Mais l'imposition de ces nouveaux standards arbitraires menace la qualité des soins donnés à la population.

Méthodes de financement conduisant à la privatisation, Financement axé sur le patient (FAP)/ financement à l'activité (FAA) et autres :

La nouvelle mode en matière de financement, inspirée des pratiques du secteur privé, est le financement axé sur le patient (FAP) ainsi que le financement à l'activité (FAA). Ces deux modes de financement se ressemblent et intègrent une gestion axée sur les résultats à l'aide de mécanismes de type marché, par exemple le mécanisme de mise en concurrence.

- **Le financement à l'activité ou au volume d'activité (FAA)**

Il a été développé aux États-Unis dans les années 80 pour rembourser les frais des services de santé aux usager-ère-s par l'intermédiaire d'assureurs privés. Cette logique s'inscrit parfaitement dans le marché des services de santé de ce pays. Mais en instaurant un tel système au Québec, le ministre a mis en place « les conditions nécessaires à la création d'un marché des services hospitaliers où il y a une concurrence entre les établissements publics, et possiblement aussi entre eux et le secteur privé, sur la base d'un prix fixé à l'avance⁵ ».

- **Financement à la performance**

Intrinsèquement lié au FAA, le financement à la performance pénalise les établissements qui n'atteindraient pas les cibles relatives établies par le MSSS. C'est le bâton du système pendant que le FAA en constitue la carotte. Encore une fois, les dérives sont nombreuses et recourent celles évoquées précédemment⁶.

- **Financement axé sur le patient (FAP)**

C'est l'étape clé pour la mise en place d'un système privé de santé et de services sociaux. Tout comme le FAA, le FAP repose sur la détermination de tous les coûts pour chaque acte médical. Une fois les coûts réels connus, l'entreprise privée peut élaborer des stratégies d'affaires et se proposer en alternative au secteur public. Le gouvernement a mis sur pied en 2019 un projet expérimental « visant à l'obtention et à la normalisation des renseignements clinico-administratifs nécessaires au calcul des coûts et à la comparaison de ces coûts ainsi qu'au développement de nouveaux modèles de financement nécessaires à l'implantation du financement axé sur le patient⁷ ». Plusieurs risques sont à prévoir avec ce type de financement : budget qui ne suit pas le financement et qui pousserait les gestionnaires à ne pas accepter de nouveaux-elles patient-e-s ou plus grande disparité entre les établissements des centres par rapport à ceux des régions car ils ne desservent pas le même volume de population et ne peuvent pas spécialiser leurs centres hospitaliers. Le FAP est présent dans les secteurs de la chirurgie et de l'imagerie médicale, deux domaines où l'on remarque une forte privatisation, par exemple le contrat entre le MSSS et la clinique Rockland MD pour les chirurgies d'un jour.

Partenariat public-privé (PPP)

C'est une forme de rapprochement opéré de manière contractuelle entre les États et les entreprises privées. Elle vise la conception, le financement, la réalisation et l'exploitation de projets publics⁸. Le CUSM et le CHUM ont été construits sur ce modèle. Le contrat visait les services non cliniques : la conception, la construction, le financement et certains services contractuels d'entretien (sauf l'entretien ménager, la buanderie et l'alimentation)⁹. Les modalités de ces partenariats prévoient que les installations sont la propriété des parties privées (SNC-Lavalin et Veolia), auxquelles le MSSS loue les installations pour une période de 35 ans, au terme desquels ces dernières deviendront la propriété de l'État (juste à temps pour les besoins de réparations majeures)¹⁰.

- **Groupe de médecine familiale (GMF) : voir fiche 4**
- **Entreprise d'économie sociale (EÉS) : voir fiche 3**

FICHE 2 : LE FINANCEMENT PRIVÉ

Le financement privé des services peut être assuré de différentes manières, qui ont en commun de s'appuyer sur le principe de « l'utilisateur-riche-payeur-e ». Selon ce dernier, les biens et services qui ne bénéficient pas à l'ensemble de la population de façon égale devraient être financés en totalité ou en partie par les personnes qui en bénéficient le plus. Ainsi la santé serait un bien mixte, ni totalement public ni totalement privé; ce qui sert à légitimer la prise en charge individualisée de son financement. Une contribution financière des usager·ère·s sous forme de tarif se trouve donc justifiée par une telle perspective. Le financement privé peut également prendre la forme d'activités philanthropiques, notamment par l'entremise des fondations associées à des établissements de santé ou encore des fondations au rayonnement national, comme la Fondation Lucie et André Chagnon et Centraide.

ASSURANCES PRIVÉES

De nombreux soins de santé ne sont pas considérés, au sens de la Loi sur l'assurance maladie du Québec, comme « médicalement nécessaires ». C'est le cas pour la plupart des soins dentaires et d'optométrie, de physiothérapie, de massothérapie, de psychologie, etc., lorsque ceux-ci sont dispensés à l'extérieur des hôpitaux. Ils sont alors financés directement par les usager·ère·s ou, indirectement, par une assurance privée. Les coûts associés à ces soins sont pour la plupart déductibles d'impôt, mais il reste que la majorité de ces dépenses sont assumées par les particulier·ère·s. Par la suite, l'accès aux soins de santé et aux services sociaux varie selon les programmes d'assurance offerts par l'employeur. Il faut aussi parler d'un accès bloqué aux services « médicalement nécessaires » pour les personnes qui ne peuvent s'offrir un régime privé lorsque la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ne les couvre pas.

FONDATIONS HOSPITALIÈRES

Regroupées sous l'Association des fondations d'établissements de Santé du Québec (AFÉSAQ), les 126 fondations des établissements de santé du Québec ont réussi à obtenir les droits suivants : solliciter des dons auprès des usager·ère·s ainsi que gérer les stationnements à péage. De plus, des représentant·e·s siègent comme observateur·rice·s dans les conseils d'administration (CA) des établissements¹¹. Ces fondations cherchent généralement à prendre de l'expansion ainsi qu'à augmenter leur rôle et leur visibilité dans le financement des établissements de santé. Elles offrent des lieux d'implication bénévole, de philanthropie et de dons pour la communauté. Elles ont pour vocation de financer des équipements, des infrastructures et des programmes de soins dans le secteur public. Avec la dernière vague de mesures d'austérité entourant l'adoption de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (loi 10) du gouvernement Couillard en 2015, certains hôpitaux se sont mis à demander aux fondations de les aider à augmenter leurs budgets, autrement déficitaires. Un enjeu d'égalité d'accès aux divers services se dessine ici concernant les campagnes de financement des équipements. Par exemple, l'accès à de l'équipement d'oncologie sur le territoire québécois ne devrait pas être déterminé par les performances des campagnes des fondations

des établissements. De plus, les responsables du choix des campagnes de financement ne sont pas clairement identifié-e-s. Parfois les choix de ces campagnes sont dictés par les établissements et les sommes amassées sont utilisées à des fins qui n'ont rien à voir avec la campagne initiale.

STATIONNEMENTS

La gestion de certains stationnements est maintenant la responsabilité des fondations des établissements. Elles fixent les prix et génèrent des profits qu'elles remettent en partie aux CISSS et aux CIUSSS. Ces frais de stationnement sont payés principalement par les personnes qui visitent, mais aussi par les employé-e-s. Au CHUS par exemple, cela coûte 275 \$ par année à une personne salariée. Les variations importantes entre les frais exigés d'un établissement à l'autre et la mobilisation d'associations d'usager-ère-s et de syndicats ont mis cet enjeu sur le devant de la scène ces dernières années, et la CAQ s'est engagée à réduire et à uniformiser ces frais. Les réductions ne s'appliquent toutefois qu'aux personnes qui visitent, pas aux employé-e-s. Ces frais restent une barrière financière dans l'accès universel aux soins de santé. Les frais de stationnement peuvent être considérés comme une forme de « ticket modérateur », qui restreint l'accès aux soins de santé et aux services sociaux. Le ticket modérateur peut donc se définir, dans le cas qui nous concerne, comme étant le coût fixe que le-la malade doit payer lorsqu'il-elle utilise un service de soins de santé fourni par le système provincial d'assurance-maladie¹².

DONS PHILANTHROPIQUES (FONDATIONS PRIVÉES : FONDATION LUCIE ET ANDRÉ CHAGNON, CENTRAIDE)

Les dons philanthropiques sont souvent associés aux fondations privées. Les principales critiques concernent le fait que cela crée un système de financement, moins stable que ce qu'offre le financement public, qui dépend des préférences des donateur-riche-s. Cela implique que les organismes communautaires répondent aux exigences des fondations, pour lesquelles ces organismes se substituent à l'État en tant que fournisseurs de services, et provoque une diminution de la quantité et de la qualité des services offerts, ouvrant la voie à la privatisation de ces derniers. Par exemple, la Fondation Lucie et André Chagnon a retiré 450 millions de dollars à des organismes à but non lucratif (OBNL) venant en aide aux jeunes grâce à une entente de financement et le gouvernement a dû être interpellé pour fournir l'argent manquant¹³.

TARIFICATION

Dans son rapport sur le financement des services publics de 2018-2019, le ministère des finances définit les tarifs comme un montant exigé à un-e citoyen-ne-utilisateur-riche qui bénéficie d'un bien ou d'un service dispensé par l'État. Ils servent à identifier un lien direct entre l'utilisation du service et son financement¹⁴. En gros le gouvernement charge l'accès au service, c'est ce qu'on appelle le principe d'utilisateur-riche-payeur-e. Selon ce dernier, les bénéficiaires d'un service doivent en assumer le financement. Le tarif agit alors comme une barrière à l'accès aux services pour les populations moins bien nanties. La notion de bénéficiaire peut être directe (la personne utilisatrice de service) ou indirecte (la collectivité). L'application de ce principe implique un financement conjoint des utilisateur-riche-s (par un tarif) et de la collectivité (impôts et taxes) à la hauteur de leur bénéfice respectif. Évidemment, le financement sera concentré selon le type de biens consommés soit par l'utilisateur-riche, soit par la collectivité. Il existe trois formes de biens.

Les biens publics, qui profitent à la collectivité dans son ensemble et qui sont financés par les taxes et les impôts. Les biens privés, qui profitent uniquement aux utilisateur·rice·s du service consommé et qui sont financés par un tarif. Les biens mixtes, qui génèrent des bénéfices publics notables en plus de bénéfices pour des utilisateur·rice·s identifiables. Ces derniers sont à la fois financés par les impôts et les taxes ainsi que par un tarif, qui ne concerne pas les actes posés par les membres de la catégorie 4 et exécutés au sein du RSSS, considérés comme « médicalement nécessaires ». Les tarifs en santé et en services sociaux prennent plusieurs formes :

Taxe santé

En 2010, les libéraux de Jean Charest ont identifié les soins de santé comme un bien mixte et poussé pour l'adoption du principe. Face à la levée de bouclier qu'a causée l'idée de l'instauration d'un « ticket modérateur », le gouvernement a décidé d'y aller avec la Taxe santé. Cette dernière agissait de 2010 à 2012 comme une « flat tax »¹⁵, puis elle est devenue une taxe ventilée selon le revenu des particulier·ère·s de 2013 à 2017, avant d'être abolie. Même si la Taxe santé n'était pas une forme de tarif, elle était une solution de rechange pour un gouvernement qui aurait préféré imposer des tarifs.

Frais accessoires

Les frais accessoires sont généralement de nature administrative et ne sont pas « médicalement nécessaires » (l'impression du dossier médical ou le transport de prélèvements par exemple). Ces derniers ont fait scandale dans les dernières années et ne représentent plus un problème majeur dans le RSSS. Maintenant, les cliniques de toutes sortes sont dans l'obligation d'afficher à la vue de tou·te·s la liste et le montant des frais admissibles dans leur salle d'attente.

FICHE 3 : LA PRESTATION DE SERVICES : SOUS-TRAITANCE

La prestation de services peut être privatisée sans que le financement, l'administration ou la propriété des installations ne le soient. En effet les GMF, les CHSLD privés conventionnés ainsi que certaines cliniques médicales spécialisées privées impliquent un financement complètement public mais une propriété, une gestion et une prestation de services privées. De plus, le gouvernement peut aussi utiliser la sous-traitance, qui est une procédure de gestion où l'on contracte les services d'un tiers parti indépendant afin d'exécuter la prestation de services au détriment de la main-d'œuvre employée dans le public.

MÉDECIN

Dans le RSSS le médecin a un statut très particulier. Il est à la fois entrepreneur privé à son compte, travailleur autonome, entreprise privée par le biais de l'incorporation et prestataire de soins de santé spécialisés et généraux garantis par l'État à la population. Ce statut d'« entreprise sur deux pattes » est particulièrement problématique pour la privatisation des soins de santé. Ce statut particulier est le résultat d'un compromis historique durant la crise d'Octobre 1970. Le gouvernement a alors forcé les médecins à accepter l'assurance maladie sans que ces derniers deviennent salariés. La logique voudrait qu'ils puissent être soit des travailleurs autonomes dans un marché de la santé privé, soit des salariés dans un système public, au même titre que tou-te-s les autres professionnel-le-s de la santé, mais ils se retrouvent dans cette position privilégiée où ils ont le beurre et l'argent du beurre. Ils n'ont pas à se construire une clientèle ni à craindre de ne pas être payés puisqu'ils touchent une rémunération dont la base de comparaison est celle du marché des États-Unis. Le statut hybride des médecins justifie de leur consacrer une longue fiche, puisqu'ils sont une force importante en faveur de la privatisation, qui a pris la forme des fédérations de médecins (spécialistes et omnipraticiens) avec lesquelles ils se sont opposés à plusieurs projets prometteurs dans le réseau, qui venaient menacer leur statut. Le CLSC en est un bon exemple : les fédérations se sont opposées farouchement à ce modèle de soins de première ligne. La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) a même menacé de ne plus représenter ses propres membres s'ils acceptaient le statut de salarié-e pour travailler en CLSC.

Les médecins ont alors élaboré leurs propres cliniques de soins de première ligne pour contrer les CLSC, les GMF.

Ce statut de travailleur autonome ou d'entrepreneur, selon le cas, est aussi problématique dans les relations que les médecins ont avec les autres professionnel-le-s et technicien-ne-s de la santé. Puisqu'ils ne sont pas salariés, ils ne peuvent pas avoir des relations égalitaires avec les autres salarié-e-s du RSSS. La plupart du temps ils sont ceux qui donnent des ordres et du travail aux autres salarié-e-s. En d'autres termes, la figure du médecin est toujours celle d'un-e supérieur-e hiérarchique. Ceci est encore plus frappant en GMF car les médecins en sont propriétaires.

MAIN-D'ŒUVRE INDÉPENDANTE (MOI)

La main-d'œuvre indépendante est probablement la forme de privatisation des services de santé et sociaux la plus évidente. Les établissements ont normalement recours à deux types de MOI. Dans le premier, il y a les travailleur-euse-s d'agence en fonction d'appels d'offres ou de contrats de gré à gré, le plus populaire durant la pandémie. Dans le deuxième, les professionnel-le-s sous statut de travailleur-euse-s autonomes passent un contrat avec les établissements pour offrir des services aux diverses missions des CISSS/CIUSSS. Si les agences existent, c'est en partie à cause des mauvaises conditions de travail qui ne permettent pas aux travailleur-euse-s d'avoir une meilleure qualité de vie et poussent les travailleur-euse-s de la santé à aller travailler dans ces agences, qui leur offrent un meilleur contrôle de leur horaire de travail et leur évitent de faire des heures supplémentaires. L'utilisation de ce genre de main-d'œuvre illustre bien l'échec des politiques de recrutement et de rétention du personnel dans le RSSS. La mobilité de la main-d'œuvre indépendante, l'absence de suivi des dossiers et de programmes structurés de développement des ressources humaines mettent à risque la qualité des soins et leur continuum dans le public.

SOINS À DOMICILE PRIVÉS

Les soins à domicile (SAD) ont pris de plus en plus de place dans l'offre de services au tournant du nouveau millénaire. Avec les coupures dans les transferts fédéraux et le virage ambulatoire, on a poussé le MSSS à les développer de plus en plus. Une très grande partie sont dispensés par le privé ou sont rémunérés par des chèques emplois-service¹⁶. Cela s'explique par le fait que les SAD ne sont pas considérés « médicalement nécessaires » puisqu'ils sont dispensés à l'extérieur de l'hôpital. Depuis l'instauration de la loi 10, le recours aux SAD a connu une augmentation, plus particulièrement chez les fournisseurs privés. Ces derniers procurent de 25 à 55 % des services fournis dans les divers programmes en SAD : DP, DI-TSA et SAPA. La forte prédominance du privé limite l'accès aux services de SAD pour les gens qui ne se qualifient pas aux programmes fiscaux ou d'aide au financement de SAD (par exemple le chèque emploi-service).

CHÈQUE EMPLOI-SERVICE (CES)

C'est un programme d'allocation directe créé en 1978, qui vise à aider le financement en espèces remis aux usager-ère-s afin d'embaucher une personne aidante de leur choix. Les objectifs de ce programme sont de réduire le travail informel, de soutenir les usager-ère-s en réduisant leurs tâches administratives, d'accroître la protection sociale des travailleur-euse-s et de diminuer les tâches administratives des CLSC¹⁷. Le personnel embauché doit obligatoirement avoir suivi une mini formation sur les principes de déplacement sécuritaire pour être embauché par le programme CES. Il travaille dans les domaines suivants : déficience physique, soutien à l'autonomie des personnes âgées, déficience intellectuelle et spectre de l'autisme, soins palliatifs, problème physique à long terme et santé mentale¹⁸. Selon le rapport Morneau, cela coûte trois fois moins cher de fournir les SAD par le biais de l'allocation directe que d'utiliser le personnel du CLSC¹⁹. Il faut également émettre des réserves concernant la qualité des services qui sont offerts, considérant que la formation pour être éligible est dérisoire comparativement à celle exigée pour les travailleur-euse-s en CLSC. Cette forme de sous-traitance est financée par le programme et c'est l'utilisateur qui débourse les sommes restantes si le coût du service excède le montant prévu par le CES²⁰. Ce dernier transfère le lien de subordination de l'employé-e à l'utilisateur. La gestion des différents types

de soins et leur administration devient alors la responsabilité du·de la patient·e ou de sa famille. C'est problématique car certain·e·s de ces usager·ère·s ne sont pas aptes à prendre les responsabilités de ce nouveau rôle d'« employeur » et peuvent se faire poursuivre par les aidant·e·s²¹.

ENTREPRISE D'ÉCONOMIE SOCIALE (EÉS)

Selon le ministère de l'Économie et de l'Innovation²², c'est une entreprise qui exerce des activités économiques à des fins sociales, c'est-à-dire qu'elle vend ou échange des biens et services, non pas dans le but de faire un profit mais plutôt dans celui de répondre aux besoins de ses membres ou de la communauté qui l'accueille²³. L'EÉS dans le domaine de la santé est une entreprise privée qui a pour vocation sociale d'offrir des services de santé abordables ou moins coûteux. Les EÉS ont beaucoup développé leurs offres de service en santé. Elles sont particulièrement présentes en SAD à travers le réseau de coopération des EÉSAD²⁴. Ce type d'entreprise s'est aussi introduit dans les domaines de l'ergothérapie sociale²⁵, de la pédiatrie sociale²⁶, de l'orthophonie sociale²⁷ et de la gériatrie sociale²⁸.

FICHE 4 : LA PROPRIÉTÉ

La propriété des installations peut être privée sans que le financement ou la prestation de services ne le soient. En effet, environ 90 % des GMF sont des propriétés privées mais le financement de leurs activités est en quasi-totalité assumé par la RAMQ et le MSSS. La prestation de services en GMF peut également être publique, bien que la propriété des installations soit privée, comme c'est le cas pour les professionnel-le-s de la santé rémunéré-e-s directement par un CISSS ou un CIUSSS mais travaillant en GMF, sous la supervision des médecins. La gestion et l'administration sont toujours privées dans les établissements à propriété privée. Cela veut dire que les propriétaires n'ont pas de compte à rendre concernant la gestion du personnel, ce qui peut créer une hiérarchie entre professionnel-le-s de la santé propriétaires et professionnel-le-s salarié-e-s.

CLINIQUE MÉDICALE SPÉCIALISÉE (CMS)

À la suite de l'adoption de la loi 33 – Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives – deux types de cliniques médicales spécialisées (CMS) voient le jour. Le premier est public, l'ensemble des médecins y œuvrant participent au régime d'assurance maladie. La loi 33 permet à un établissement exploitant un centre hospitalier de s'associer à un CMS où exercent des médecins participants. Ces cliniques ont été renommées cliniques médicales associées (CMA). Le deuxième est privé, les médecins n'y participent pas au régime d'assurance maladie. Plusieurs de ces cliniques privées ont fait leur apparition dans les dernières années. Les cliniques Lacroix²⁹, qui se trouvent dans quelques endroits au Québec, sont un bel exemple de cliniques privées qui emploient des médecins qui ne participent pas au régime d'assurance maladie à des fins de rémunération³⁰. En ne participant pas au régime public, ces médecins peuvent hausser les coûts des services qu'ils donnent puisque ces derniers ne sont pas limités par les prix définis par le régime.

CLINIQUE DE PROFESSIONNEL-LE-S

Les cliniques de professionnel-le-s en physiothérapie, ergothérapie, travail social, psychothérapie et autres ne sont pas nouvelles. Leur multiplication s'explique par la difficulté de travailler dans le réseau à cause des mauvaises conditions de travail ainsi que du mouvement de désassurance³¹ de certains services de santé et sociaux à la suite de coupures dans les transferts fédéraux en santé. Ces services ne sont pas couverts par le régime d'assurance public car ils ne sont pas considérés comme « médicalement nécessaires » selon la définition de la Loi canadienne sur la santé, ce qui limite l'accès de ces soins aux personnes qui n'ont pas de régime d'assurance privé. Les cliniques de professionnel-le-s poussent des professionnel-le-s et des technicien-ne-s à pratiquer dans le privé et/ou à se lancer en affaires.

GRUPE DE MÉDECINE FAMILIALE (GMF)

C'est une clinique privée détenue par un ou plusieurs médecins, qui y pratiquent en toute autonomie, dont l'ensemble des coûts est assumé par le MSSS, à quelques exceptions près. Le financement est public mais la propriété des installations, la prestation des soins et leur gestion sont généralement privées. Tous les GMF et les médecins qui y pratiquent peuvent s'incorporer, avec les avantages fiscaux que cela implique. En 2000, le Rapport Clair³² donne un rôle complémentaire aux GMF qui deviennent alors la porte d'entrée sur le système de santé, prenant la place des CLSC. Avec la loi 10, c'est le CA du CISSS ou du CIUSSS qui donne les accréditations pour une période de trois ans. De plus, les établissements offrent la main-d'œuvre pour venir épauler les médecins afin que ces derniers puissent offrir la prestation des soins qu'ils jugeront la meilleure. Ce qui a pour effet de déshabiller les CLSC au profit des GMF.

CHSLD PRIVÉ CONVENTIONNÉ ET CHSLD PRIVÉ NON CONVENTIONNÉ

CHSLD privés non-conventionnés

Ils reçoivent de l'État québécois un financement moindre que ce qui est alloué aux établissements publics et privés conventionnés (65 000 \$/année contre 80 000 \$). Ils sont totalement autonomes dans leurs modes de financement complémentaires, la prestation des soins et la gestion de leurs établissements. Ils doivent toutefois se conformer à certains critères afin d'obtenir le permis d'exercer émis par le MSSS. Les CHSLD privés non conventionnés s'occupent de personnes en perte d'autonomie sévère. L'hécatombe du printemps 2020 dans les CHSLD a disproportionnellement frappé ce type d'établissement, qui fait l'objet d'un suivi moins serré de la part du MSSS. Et une grande proportion des places occupées dans les CHSLD privés conventionnés et non conventionnés sont achetées par le MSSS, qui a cessé depuis plusieurs années de construire de nouvelles places dans le secteur public. Une mesure qui se voulait temporaire est donc devenue la norme. À tel point que maintenant, c'est la majorité des places au privé qui sont « achetées » par le public. « L'objectif de ces « achats » : désengorger les hôpitaux des aînés en attente d'une place, mais qui ne peuvent pas être absorbés par le réseau des CHSLD publics. Québec achète ainsi de façon sporadique pas moins de 10 000 places dans les CHSLD privés et les résidences pour aînés, révèle une compilation inédite effectuée par *La Presse*³³. »

CHSLD privés conventionnés

Les CHSLD privés conventionnés sont des établissements privés au niveau de la propriété des installations et de la prestation des soins mais leur financement est assuré par l'État québécois, qui leur verse un montant équivalent à ce que les CHSLD publics reçoivent par patient-e. Ils peuvent par ailleurs offrir des services complémentaires, moyennant des frais. Ils sont complètement autonomes en matière de gestion et d'administration de leurs activités. Les employé-e-s y sont payé-e-s au même niveau que dans les CHSLD publics. Le financement de l'État est par ailleurs conditionnel au respect de certaines normes de qualité fixées par le MSSS.

RÉSIDENCE POUR AÎNÉ·E·S (RPA)

La résidence pour aîné·e·s est un type d'hébergement privé exclusif aux personnes âgées autonomes et semi-autonomes, propriété de grands groupes immobiliers. En date du 20 avril 2021, il y avait 1 720 RPA sur l'ensemble du territoire québécois selon l'Association des conseillers en hébergement du Québec³⁴, soit une différence de 175 RPA avec le chiffre indiqué le 29 octobre 2020. Une RPA peut dispenser des services d'assistance personnelle et des soins infirmiers moyennant un supplément, car la majorité de l'offre de soins est à la carte. Le financement de l'hébergement est aux frais du·de la client·e et les loyers peuvent varier de 2 000 \$ à 3 500 \$ par mois selon les besoins de la personne âgée. Il existe cependant un « crédit d'impôt pour maintien à domicile », pour rembourser une partie des frais de services d'assistance personnelle par exemple. Ceci constitue une forme de financement étatique indirect dans un contexte de sous-financement des services de SAD³⁵. Il est important de souligner qu'une proportion des RPA comporte des unités achetées par des établissements publics de type CHSLD, Résidence intermédiaire (RI), Ressource de type familial (RTF) ou « autre ». Les résident·e·s hébergé·e·s dans ces conditions assument des frais équivalents à ceux en CHSLD public, privé conventionné ou en RI. De plus, dans ce type d'hébergement les employé·e·s gagnent majoritairement le salaire minimum et la qualité des soins est dans la plupart des cas fortement en dessous de ce qu'on retrouve dans le RSSS.

COOPÉRATIVE DE SANTÉ

C'est une clinique médicale privée à but non lucratif, qui exige des frais (forme de tarifs) pour en être membre. Ces derniers varient d'une coopérative à l'autre. Bien qu'ils ne soient pas exorbitants, ils peuvent être un obstacle à l'accès aux services des dites cliniques pour les personnes à faible revenu. De plus, ces coopératives doivent accepter tou·te·s les patient·e·s qui désirent avoir une consultation avec un médecin, qu'ils·elles soient membres ou non. Toutefois, plusieurs coopératives ont été réprimandées par la RAMQ ces dernières années pour avoir limité l'accès à un médecin aux membres seulement, ou à tout le moins pour leur en avoir favorisé l'accès. On peut donc considérer ces droits d'adhésion comme des frais déguisés.

- **EÉS : voir fiche 3**

NOTES DE BAS DE PAGE

- ¹ Bédard, Fanny, *La privatisation des soins de santé : clarifications conceptuelles et observations sur le cas québécois*, Montréal, Papyrus – Université de Montréal, 119 pages.
- ² Lacasse François, *Les mécanismes de type marché comme instruments de modernisation : problématique et perspectives internationales*, In: *Politiques et management public*, vol. 11, n° 2, 1993.
- ³ *Guide sur la gestion axée sur les résultats*, Secrétariat du Conseil du trésor, Gouvernement du Québec, 2014, https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/cadre_gestion/GuideGestionAxeResultat.pdf.
- ⁴ Ibid.
- ⁵ APTS, *Avis présenté à la ministre de la santé et des services sociaux*, Danielle McCann, 2019.
- ⁶ Ibid.
- ⁷ Ibid.
- ⁸ Mazouz, B. (2012). « Partenariat public-privé », dans L. Côté et J.-F. Savard (dir.), *Le Dictionnaire encyclopédique de l'administration publique*, [www.dictionnaire.enap.ca], (page consultée le 11 avril 2021).
- ⁹ À babord, « CHUM. Otage des PPP pour 34 ans encore », À babord, n° 73, février-mars, 2018, [<https://www.ababord.org/chum-otage-des-ppp-pour-34-ans-encore>], (page consultée le 9 mars 2021).
- ¹⁰ Ibid.
- ¹¹ PL 10, *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, 1^{er} sess, 41^{ème} leg., Québec, 2015 (sanctionné au 9 février 2015), LQ 2015 c.1.
- ¹² Mazide, Jacques, *L'imposition du ticket modérateur dans le système de santé des provinces : Qui décide? Le gouvernement fédéral ou le gouvernement provincial?*, Sherbrooke, Université de Sherbrooke, 1995, 65 pages.
- ¹³ Bélair-Cirino, M., « La fondation Lucie et André Chagnon largue le gouvernement du Québec », *Le Devoir*, 14 mars 2016.
- ¹⁴ Ministère des finances, *Rapport sur le financement des services publics – 2018-2019*, Gouvernement du Québec, 2021, 120 pages.
- ¹⁵ La « flat tax », est une taxe à taux unique pour tou-te-s. Tous les gens payent le même montant pour le service, sans distinction de revenu.
- ¹⁶ Voir note sur le chèque emploi-service.
- ¹⁷ Boivin, L., *Chèque service, normes du travail et liberté d'association : Le cas du Québec*, The Labour Law and Development Research Laboratory, McGill University, 2017.
- ¹⁸ Ibid, p. 35.
- ¹⁹ Ibid.
- ²⁰ Desjardins, Nancy, « Soins à domicile : une dame de 92 ans poursuivie par le gouvernement », *Radio-Canada*, 17 mars 2019, [<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1158592/soins-domicile-plaintes-poursuites-aidantes>], (page consultée le 11 avril 2021).
- ²¹ Ibid.
- ²² Ministère de l'Économie et de l'Innovation, *Qu'est-ce qu'une entreprise d'économie sociale?*, [<https://www.economie.gouv.qc.ca/bibliotheques/bref/quest-ce-quune-entreprise-deconomie-sociale/>], 2021.
- ²³ Ibid.
- ²⁴ La Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec, *La fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec*, [<https://fcsdsq.coop/>], 2021.
- ²⁵ La Clinique d'ergothérapie sociale de Québec, *La clinique d'ergothérapie sociale de Québec*, [<https://ergotherapiesociale.org/>], 2021.
- ²⁶ Fondation du docteur Julien, *La pédiatrie sociale en communauté : pour la santé de tous les enfants*, [<https://fondationdrjulien.org/la-psc/a-propos/>], 2021.
- ²⁷ La Clinique d'orthophonie sociale de Québec, *La clinique d'orthophonie sociale de Québec*, [<https://orthophoniesociale.org/>], 2021.
- ²⁸ Fondation AGES : Vieillir mieux, *La gériatrie sociale en communauté : une réponse inédite au défi du maintien à domicile pour les aînés en perte d'autonomie*, [<https://www.aqsp.org/wp-content/uploads/2018/12/Fondation-AGES-Mai-2018-g%C3%A9riatrie-sociale-1.pdf>], 2018.
- ²⁹ Groupe médical Lacroix, *Lacroix médecine privée*, [<https://cliniquesmedicaleslacroix.com/fr/>], 2021.
- ³⁰ Ibid.
- ³¹ Processus où le gouvernement ne rend plus assurables des services qui l'étaient autrefois.
- ³² Commission d'étude sur les services de santé et des services sociaux, *Les solutions émergentes*, Québec, Gouvernement du Québec, 2000, 454 p.
- ³³ Gagnon, K., Lacoursière, A., Teisceira-Lessard, P. et Duchaine, G., « Établissements pour aînés : la béquille du réseau chancelle », *La Presse*, 18 avril 2020.
- ³⁴ Association des conseillers en hébergement du Québec, *Résidences Québec.ca Conseillers en résidences pour aînés*, [<https://residences-quebec.ca/fr>].
- ³⁵ Boivin, L et A Plourde, *Description de l'hébergement de longue durée au Québec*, 29 octobre 2020.

